

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

Alexandre Branco Pereira

“Mas é só você que vê?”: A percepção social da loucura e o processo de reconstrução do universo simbólico do sujeito diagnosticado.

Monografia submetida ao curso de Ciências Sociais, habilitação Antropologia da Universidade de Brasília para a obtenção do grau de Bacharel em Antropologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Costa Teixeira

Brasília

2013

Alexandre Branco Pereira

TÍTULO:

“Mas é só você que vê?”: A percepção social da loucura e o processo de reconstrução do universo simbólico do sujeito diagnosticado.

Esta monografia será submetida para obtenção do Título de Bacharel em Ciências Sociais, habilitação Antropologia, e aprovada em sua forma final.

Brasília, março de 2013.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Carla Costa Teixeira
Orientadora
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Soraya Fleischer
Universidade de Brasília

Sumário

Introdução	8
<i>Estrutura capitular</i>	10
1. Psiquiatria: da antiguidade à contemporaneidade e o processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	12
1.1 A história da medicina e da psiquiatria.....	12
1.1.2 A Idade Média e a Era Cristã	15
1.1.3 A Era da Razão e o Iluminismo.....	17
1.1.4 Sigmund Freud e a psicanálise	20
1.2 Reformas psiquiátricas	22
1.2.1 Quadro brasileiro.....	24
1.2.2 As três correntes de desinstitucionalização	27
1.2.3 A Lei 10.216/01	30
2. Perspectivas de cura e conflitos de discurso	33
2.1 Doença: perspectivas antropológicas.....	33
2.2 O itinerário terapêutico do HSVP	38
2.3 A doença mental como doença das relações.....	41
2.4 As curas e os conflitos.....	44
2.4.1 Crise aguda, doença crônica e os conflitos de discurso	44
2.4.2 Ressocialização como cura	48
Considerações Finais.....	66
Referências bibliográficas.....	69

Agradecimentos

A escrita desta dissertação e, de maneira mais ampla, o processo de graduação como um todo se constituiu numa tarefa praticamente interminável, finalmente materializada por este documento. Cada uma dessas páginas, entretanto, devem suas vidas àquelxs que não só tornaram possível o impossível, mas evitaram que meu fracasso em determinado momento transcendesse a não apresentação de uma tese de conclusão de curso. Agradeço à Raquel, por ser companheira fiel de agruras (e, obviamente, de coisas boas também); à Izabela, por ter estado comigo desde o começo e compartilhar campos, objetos e vivências incríveis; à Ana Júlia, por ter me aguentado nos metros finais da produção desse trabalho; e a todos os cachorros que me ajudaram a suportar esse mundo por muitas vezes cruel, com agradecimento especial ao Chico, que mais que um cachorro, é um companheiro inestimável. Gostaria, para concluir, de manifestar agradecimentos especiais à minha irmã, Mariana, por sempre ser a voz paranoica da razão e ombro de todas as horas; à Kilma, com quem compartilhei dois anos de minha vida e de quem recebi o apoio e companheirismo indispensáveis nas horas mais difíceis; e, por último, à minha mãe, Sidney, a quem eu devo mais que a vida concedida no momento da gestação, mas também o renascimento tardio. Sem vocês eu não seria absolutamente nada. Agradeço também ao Departamento de Antropologia, seus professores e funcionários, em especial à professora Carla, pelo suporte e apoio fornecido durante o processo de orientação. Por fim, agradeço ao Clube dos Amigos e seus membros pela recepção e acolhida durante o trabalho de campo.

Introdução

É comum que os trabalhos antropológicos se iniciem com a apresentação da discussão sobre o que é, quais as implicações e quais as dificuldades encontradas no processo de “fazer antropologia”. Mais que qualquer outra coisa, talvez, tal necessidade de se colocar às claras as agruras da produção antropológica se dê pela necessidade de explicar como você, objeto em muitos casos, consegue objetificar seu semelhante e de onde vem sua legitimidade para fazê-lo.

Para mim, mais que essa dificuldade, outra se apresentou: a escolha do tema a ser abordado, bem como do campo a ser pesquisado me ligava aos meus supostos objetos de uma maneira muito mais profunda do que a mera ideia de “condição humana”. Minhas semelhanças com eles eram de outra ordem e iam muito além do simples fato de se reconhecer que éramos semelhantes pela categoria de humanidade. Encontrei ali histórias por demais perturbadoras e por demais próximas daquilo que havia vivenciado.

Em 2008, no meu segundo ano em Brasília, vivenciei um evento que mudaria por completo minha trajetória tanto acadêmica quanto da vida como um todo. Naquele ano, após vários eventos marcantes, tentei acabar minha própria vida pela segunda vez. Na primeira vez, ainda com 13 anos de idade, havia experienciado o peso que tal tentativa poderia ter na trajetória pessoal de alguém. Ainda assim, naquela época não me presentearam com um diagnóstico ou com um tratamento, ao contrário da segunda ocasião, quando fui diagnosticado com Transtorno Afetivo Bipolar.

Após o diagnóstico, passei muito tempo sem qualquer tipo de relação de amizade em Brasília. Cheguei a deixar a UnB e ir para São Paulo, onde morei por três meses, mas retornei quando recebi uma oferta de estágio já em 2009. E em setembro desse mesmo ano, perpetrei minha terceira tentativa de suicídio, a que chegou mais próxima de cumprir seu objetivo.

Nessa época se discutiu seriamente minha internação e minha interdição civil. Meu diagnóstico foi então reformulado e passou a ser de Transtorno de Personalidade Limítrofe, ou Transtorno Borderline.

Daí em diante, sempre às voltas com as situações que a condição de diagnosticado me apresentavam, meu interesse pelo assunto foi crescendo. Quando cursava a disciplina de Métodos e Técnicas em Antropologia Social, decidi que gostaria de pesquisar sobre o universo da loucura e da percepção social sobre os diagnósticos psiquiátricos. Comecei a frequentar a Clínica Anankê, uma clínica particular localizada na Asa Norte. Ainda sem o traquejo necessário para lidar com algumas situações de campo, acabei por revelar meu diagnóstico em uma das entrevistas, o que foi suficiente para que o entrevistado deixasse de me ver como pesquisador e passasse a me ver como objeto. Naquela mesa não estavam mais um futuro antropólogo e um psicólogo, mas sim um doente e um detentor do conhecimento sobre a condição adoecida.

Algumas situações peculiares continuaram a se suceder em minha vida, como a recomendação de uma juíza da 4ª Vara de Família do Distrito Federal para que eu procurasse um centro espírita. Essas situações me intrigavam, pois ainda que eu não tivesse passado por uma experiência de internação psiquiátrica, me parecia que eu nunca seria um sujeito integral na visão de quem conhecia meu diagnóstico.

Foi então que eu iniciei meu campo no Hospital São Vicente de Paulo, em Taguatinga. Meu lidar ético com os atores encontrados em campo me pareceu facilitado pelo meu diagnóstico (sobre o qual eles nunca chegaram a tomar conhecimento) que parecia me permitir uma análise profunda e com conhecimento de causa ao mesmo tempo em que a empatia pela condição de meus pesquisados, uma espécie de sentimento de classe, me tornava ciente dos meus limites como pesquisador naquele espaço.

Minha incursão no HSVP se deu primeiramente pela enfermaria, depois passei pelo Hospital Dia e, por último, frequentei assiduamente as reuniões do Clube dos Amigos, totalizando dez meses em campo. Em algumas ocasiões, cheguei a ficar três ou quatro dias seguidos convivendo com as pessoas que pesquisei. Em outras, encontrava-os no fim de

semana para a inauguração de sua banca na Feira da Torre de TV, reuniões políticas e festas promovidas por eles.

O que quero dizer é que, apesar de meu histórico de similitudes com os sujeitos de meu campo, não estou aqui fazendo um trabalho sobre mim (embora exista uma óbvia influência de minhas experiências em meu trabalho), mas sobre essas pessoas, com as quais passei grande parte de meu tempo durante o ano de 2011. Ainda assim, o que temos aqui é a tentativa de uma inversão paradigmática, pois mais que uma monografia sobre loucos, essa é uma monografia de um louco.

Não é intenção desse trabalho mostrar-se mais ou menos legítimo por ocasião das circunstâncias apresentadas acima. Foram onze meses coletando informações em campo para construir um retrato consistente do que foi presenciado, e é isso que estará posto nas próximas páginas.

Estrutura capitular

Nossa estrutura capitular está arquitetada em três divisões. Primeiramente, em **“Psiquiatria: da antiguidade à contemporaneidade e o processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira”**, procuramos retomar historicamente a construção do campo de saberes médicos e psiquiátricos. Considerando que o saber médico encampou (e legitimou) a psiquiatria em um momento posterior da história da medicina ocidental, nossa retomada se inicia com a construção e consolidação dos saberes médicos mais clássicos, perpassando também a questão dos loucos, lunáticos e alienados, para então adentrarmos na construção da psiquiatria propriamente dita.

Posteriormente, tentamos ligar tal reconstrução histórica ao cenário brasileiro, remontando também a linha de evolução da psiquiatria no país, para finalizarmos, então, com a agenda da Reforma Psiquiátrica brasileira e os movimentos antimanicomiais que a pautaram.

No segundo capítulo, **“Perspectivas de cura e conflitos de discurso”** começamos a trabalhar com dados coletados em campo, tentando demonstrar quais os acontecimentos desencadeados no cotidiano do Hospital pela Reforma Psiquiátrica, com atenção especial àquilo que chamamos de “perspectivas de cura” e o que isso representa no universo de símbolos do paciente diagnosticado com algum tipo de transtorno mental, da equipe médica e dos familiares e amigos mais próximos.

No terceiro e último capítulo, **“Novas formas de sociabilidade envolvidas no processo diagnóstico: o Clube dos Amigos”**, procuramos abordar de forma detalhada como se dá o processo diagnóstico (em especial o primeiro deles) e os acontecimentos frequentemente desencadeados a partir desse marco. Outro ponto crucial do capítulo é o mapeamento de diferentes apropriações do diagnóstico e da suposta condição adoecida, tomando como base as informações coletadas no Clube dos Amigos e comparando-as com sociabilidades construídas por outros atores e outros contextos que não os do Clube, apresentando como tais tipos de interação são vivenciadas pelos sujeitos diagnosticados.

CAPÍTULO I

1. Psiquiatria: da antiguidade à contemporaneidade e o processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira

1.1 A história da medicina e da psiquiatria

A intenção deste capítulo é realizar uma breve retomada histórica do desenvolvimento da psiquiatria como campo de conhecimento e seu atrelamento paulatino à medicina como conhecemos. Posteriormente faremos uma também breve retomada do processo de construção do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, apontando seus movimentos precursores e culminando na apresentação do que temos hoje no Brasil como marco regulatório das políticas públicas de saúde mental e, conseqüentemente, um retrato institucional das percepções sociais sobre a loucura. Entretanto, sempre é importante lembrar que fazemos aqui uma retomada daquilo que se pode chamar de “história oficial” da psiquiatria ocidental, baseando tal reconstrução histórica em um recorte muito específico que consiste em reprodução de discurso dos autores de dentro do campo, relativamente contemporâneos e ocidentais, ainda que estes sejam opositores do que seria a “corrente dominante” da disciplina.

1.1.1 As três tendências básicas

Alexander & Selesnick (1968) apontam para três tendências metodológicas básicas que, segundo eles, podem ser traçadas até os tempos mais antigos do histórico da medicina e da psiquiatria, e das quais poderiam se remontar as ramificações das centenas de outras tendências surgidas através da história. Essas tendências seriam: o método orgânico, o método mágico e o método psicológico¹.

1 É importante pontuar que tais tendências não são apresentadas pelos autores como lineares ou como parte de uma cadeia evolutiva da medicina ocidental, e, se fossem, não seria de nosso interesse nesse trabalho apresentá-las dessa forma. O que pretendemos com a exposição de tais explicações é demonstrar as relações que

O método mágico consiste no empreendimento de técnicas empíricas e intuitivas no processo diagnóstico. As técnicas empíricas baseavam-se numa relação básica de causa e efeito, onde a causa parecesse evidente aos olhos do observador. Quando não era possível o estabelecimento de tal relação direta, a causa ficava a cargo do que os autores chamam de “influência maligna”. Tal “influência” poderia advir tanto de outros seres humanos como de seres sobrenaturais, sendo as práticas terapêuticas para a primeira ministradas com magia ou feitiçaria, e da segunda com intervenções mágico-religiosas.

Tal método encontra dezenas de descrições e análises na literatura especializada da antropologia. A ideia de doença, no caso supracitado, se aproxima muito da ideia de infortúnio encontrada na obra de Evans-Pritchard, ainda que o infortúnio não fosse exclusivamente um mal destinado à convalescência física de um indivíduo (nem propriamente dito um mal). Ainda assim, a ideia de infligir um infortúnio a alguém, mesmo que extra corporal, e apesar de os Azande não ignorarem as causas físico biológicas das doenças (a própria feitiçaria se explicaria por uma espécie de substância encontrada em seus corpo), se aproxima da ideia de explicações sobrenaturais, ou mágico-religiosas, apresentadas acima. Também encontramos paralelo com as diversas descrições de práticas xamânicas. Na maioria dos casos, há pouca ou nenhuma distinção entre o sofrimento físico e o mental, seja no que tange à causa do sofrimento, seja no que tange à resolução do mesmo.

Ainda no campo da antropologia, Dominique Buchillet (1991) também aborda a questão da terapêutica mágica sob o prisma da relação (e suposta oposição) entre os paradigmas empíricos, racionais e biomédicos e os paradigmas das medicinas tradicionais. Segundo ela, existe uma ideia de descontinuidade entre os dispositivos ocidentais e tradicionais, geralmente o primeiro relacionado às práticas empíricas e racionais, e o outro relacionados à metodologias mágico-religiosas². Tal proposição discursiva não se sustenta na prática, e Buchillet apresenta o exemplo etnográfico dos indígenas Desana para sustentar seu argumento: segundo ela, os Desana não ignoram as propriedades farmacêuticas das plantas

os próprios membros do campo de estudo médico enxergam no processo que vai desde a conceituação da medicina como campo de conhecimento capaz de mapear e aplacar sofrimentos e males físicos e mentais.

2 Nesse ponto ela faz questão de ressaltar que tal esforço diferenciativo aparece de maneira mais evidente nos discursos dos médicos, agentes de saúde e formuladores de projetos de desenvolvimento sanitário (BUCHILLET, 1991, p. 30).

que utilizam em rituais xamânicos, tendo conhecimento da existência do que a biomedicina denomina de princípio ativo. O que ocorre na realidade é que os Desana “estão muito mais interessados nas propriedades simbólicas (que estabelecem, por exemplo, uma relação entre uma certa planta e uma doença ou um sintoma particular) como meio de categorização e de escolha das plantas” (BUCHILLET, 1991). Por fim, a autora defende que, longe de existir uma oposição diametral entre métodos ditos empíricos e racionais da biomedicina e os métodos mágico-religiosos, o que se observa é uma espécie de complementaridade metodológica.

“É assim impossível de diferenciar o empírico, o natural ou o objetivamente eficaz, do mágico-religioso, sobrenatural ou simbólico porque 'os resultados da experiência se inserem na lógica simbólica e a lógica simbólica nunca contradiz a experiência e, mesmo, se fundamenta parcialmente sobre ela' (Augé, 1986:81)” (BUCHILLET, 1991, p. 32)

O segundo método, ainda nos termos de Alexander e Selesnick, é o método orgânico. Consiste no crescente uso de uma lógica mecanicista para explicar as relações de causa e efeito na medicina. Também sendo fonte de observações empíricas, o que difere do método mágico é a substituição da ideia de causalidade sobrenatural pela observação de certas regularidades no mundo natural, o que consistiria numa mesma lógica para explicar a contração de doenças e técnicas terapêuticas empreendidas em nome da cura.

Tal método encontra uma grande referência nos médicos hipocráticos³ da Grécia Antiga. Hipócrates, considerado o pai da medicina ocidental, foi o responsável por tornar a

3 Médicos hipocráticos é a expressão para se referir aos seguidores de Hipócrates, considerado o pai da medicina. Sua principal teoria defende que a saúde humana reside na chamada homeostase, ou equilíbrio, entre diversos fatores, e a doença seria um desequilíbrio entre os quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bile negra. Sobre os seguidores de Hipócrates, encontramos a seguinte ponderação no sítio da Fundação Oswaldo Cruz: “Para Scliar (2002:25), a característica fundamental dos médicos gregos era a 'observação atenta, mas não experimentação, registro lógico, mas não metodologia científica'. A base da semiologia médica atual já era apresentada nos quatro passos fundamentais da medicina grega: exploração do corpo (ausculta e manipulação sensorial); conversa com o

medicina parte integrante de um conhecimento baseado na racionalidade e no empirismo. No campo das doenças mentais, é creditado aos gregos também a primeira classificação de perturbações de ordem psiquiátrica de que se tem notícia no mundo ocidental. Doenças como epilepsia, mania, histeria, melancolia e paranoia foram categorizadas por médicos hipocráticos e, em sua maioria, encontram-se ainda relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos, mais conhecido como CID-10⁴.

O método psicológico apresenta duas separações consideradas definitivas pelo campo da psiquiatria: a primeira era a de que, em concomitância com o crescimento das vertentes de explicações orgânicas da medicina, as lógicas de causalidade se calcam em observações empíricas e explicações físicas para doenças. A segunda era a de que as explicações para perturbações de ordem mental tornaram-se independentes das explicações para os males físicos, numa dissociação inédita entre corpo e mente.

Em todas as tendências básicas da medicina citadas por Alexandre & Selesnick, é importante ressaltar a preocupação fundante na definição de um mal, ou um diagnóstico, e na ideia de cura como cessação de um mal.

1.1.2 A Idade Média e a Era Cristã

A queda do Império Romano é majoritariamente vista como o marco fundamental que aponta o fim do período histórico conhecido como Antiguidade e o início do que convencionamos chamar de Idade Média na Europa central, núcleo primordial do mundo ocidental à época. Entre as características apontadas como mais simbólicas de tal período está

paciente (anamnese); entendimento sobre o problema (o raciocínio diagnóstico); e estabelecimento de procedimentos terapêuticos ou ações indicadas para as queixas mencionadas (prognóstico)” (Fundação Oswaldo Cruz, http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=13&sub_capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2 – acessado em 24/01/2013.

4 A CID-10 foi concebida para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. (Ministério da Saúde, <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203> – acessado em 27/12/2012)

a predominância da religião cristã na Europa central, e o que se chama de idade das trevas, com um recrudescimento de todas os campos de conhecimento (com exceção, talvez, da engenharia bélica) a patamares religiosos.

O mesmo ocorreu com a medicina e a psiquiatria. Ambas retornaram para o domínio das esferas religiosas, tendo os sacerdotes cristãos o controle sobre os cuidados e conhecimentos relacionados ao processo de diagnóstico e aos métodos terapêuticos. Além disso, é introduzida e internalizada nas sociedades uma categoria muito cara ao cristianismo: o conceito de alma.

“Os sacerdotes cristãos davam conselhos sobre a maneira de curar corpos tanto quanto almas, e sábios religiosos registravam para a posteridade descrições de curas milagrosas” (ALEXANDER & SELESNICK, 1968, p. 84).

Embora no início do período medieval escolásticos cristãos e médicos árabes tenham prestado contribuição à assistência “psiquiátrica” humanitária, a ideia de alma afeta profundamente os paradigmas do que se chamava então de psiquiatria, pois afasta de vez qualquer vestígio de um campo de conhecimento de aspiração psicológica dos estudos das “ciências médicas” e os transporta para o campo da demonologia. As perturbações mentais passam a ficar fortemente atreladas a sofrimentos da alma, possessões e feitiçaria (o último quase que exclusivamente feminino). Num período posterior da Idade Média, a ideia de tratamento mental era praticamente um sinônimo de exorcismo.

Mesmo durante o movimento renascentista, famoso por começar a retomada de valores humanísticos e antropocentristas, e que tomou conta da Europa central de meados do século XIII em diante, os desvios de ordem mental eram vistos com ressalvas. Problemas que fossem identificados como possessões e endemoniações eram perseguidos e punidos de maneira extremamente severa⁵. Apesar disso, havia opositores à ideia que associava doenças mentais a causas sobrenaturais, além de vozes contra a caça às bruxas promovida pela Igreja

5 Um dos exemplos mais incisivos é o da caça às bruxas, quando a Igreja Católica empreendeu um extermínio em massa de mulheres supostamente possuídas ou endemoniadas, sendo a psiquiatria em seu discurso atual enfática na afirmação de que tais possessões seriam distúrbios de ordem psiquiátrica.

Católica e que, como já citamos anteriormente, vitimou centenas de milhares de mulheres. Uma das vozes dissonantes mais famosas é a do médico belga Johann Weyer, que buscou demonstrar através de observação de casos individuais, que transtornos mentais eram originários de causas naturais e não possessões demoníacas, reivindicando o direito de tratar as pessoas por eles acometidos.

Outra mudança importante desse período histórico foi o surgimento do hospital, mesmo que ainda não fizesse parte do arcabouço institucional da medicina. Os hospitais dedicavam-se majoritariamente a abrigar sujeitos socialmente marginalizados, fossem esses doentes, desprovidos de recursos, que poderiam trazer algum risco à vida nas cidades, como mendigos, imigrantes, entre outros. Mais que isso, como várias das instituições sob domínio da Igreja Católica, os hospitais destinavam-se a pregar a esses “desviados” os princípios do cristianismo (AMARAL, 2006), ideia tributária à de Foucault, para quem o hospital como instituição de objetivos terapêuticos só viria a surgir no fim do século XVIII, no processo identificado por ele como o “nascimento da medicina social” (FOUCAULT, 2008).

Também é importante ressaltar a existência de asilos específicos para pacientes com algum tipo de transtorno mental no decorrer dos séculos XVII e XVIII. O primeiro deles foi o Bethlehem Hospital, em Londres, que posteriormente viria a ser o conhecido hospício de Bedlam. Lá, os pacientes, quando estavam em vias de deixar o hospital, recebiam braçadeiras para que, caso os sintomas reaparecessem, pudessem retornar (ALEXANDER & SELESNICK, 1968). Há relatos, inclusive, de mendigos e andarilhos que falsificavam braçadeiras para serem admitidos como ex-pacientes a fim de receberem as atenções prestadas no hospital. No século XIII, na cidade de Gheel, na Bélgica, também existia uma instituição para o cuidado de crianças crianças psicóticas⁶ ou com algum tipo de retardo de ordem cognitiva.

6 Psicose constitui um termo de origem grega usado de forma genérica durante a Idade Média para definir distúrbios da mente, ou loucura.

1.1.3 A Era da Razão e o Iluminismo

Muitos historiadores consideram o Renascimento como um marco de transição entre a Idade Média e a Idade Moderna na história europeia. Certo é que os princípios retomados pelos teóricos do movimento renascentista serviram de estrutura básica para o que ficou conhecido historicamente como A Era da Razão e da Observação. A ideia de um mundo antropocêntrico, onde a razão humana seria capaz de dominar e conhecer toda a natureza (e até a ideia de um ser humano destacado dessa natureza) produziu expoentes do racionalismo como Francis Bacon (1561-1626), Isaac Newton (1643-1727) e René Descartes (1596-1650), este último dono da célebre frase “*Cogito, ergo sum*”, ou “Penso, logo existo”, um retrato fiel do pensamento corrente de que a razão seria a principal e mais irredutível qualidade humana.

Sendo assim, duas importantes mudanças ocorrem no campo da saúde mental: a primeira seria a ideia inédita de loucura como o desprovemento de razão. Descartes diz: “E como poderia eu negar que estas mãos e esse corpo sejam meus? A não ser, talvez, que eu me compare a esses insensatos, cujo cérebro está de tal modo perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bile que constantemente asseguram que são reis quando estão inteiramente nus [...] São loucos” (DESCARTES apud FOUCAULT, 2009, p. 45). A segunda, decorrente da primeira, era a de que, sendo a razão a qualidade imprescindível ao exercício da humanidade, e sendo os loucos desprovidos de tal qualidade, surge a concepção do louco como sujeito não integral como a conhecemos hoje. Foucault aponta a mudança de paradigma:

“A Não – Razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações da subjetividade e da verdade. O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada. Se o *homem* pode sempre ser louco, o *pensamento*, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato.” (FOUCAULT, 2009, p. 47)

Por outro lado, a ciência médica experimental como a conhecemos também surge nessa época. Começa-se a buscar a sistematização racional dos conhecimentos médicos e psiquiátricos, possibilitando primeiro o desenvolvimento da medicina clínica contemporânea, e segundo, o atrelamento da psiquiatria (e dos estudos sobre a psicologia) ao campo dos saberes médicos.

Também durante esse período Foucault situa a transformação do hospital, antes de caráter assistencialista, em instituição médica:

“O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais.”. (FOUCAULT, 2008, p. 99)

Nesse contexto a apropriação da loucura pelo saber médico foi realizada. Ainda que, como apresenta Foucault (2009), os antigos leprosários tivessem sido reapropriados como espaços de abrigo de pacientes com perturbações mentais com o objetivo de abrigar os novos escolhidos como outsiders, a loucura e os loucos passavam a integrar o rol de males sistematizados nos arcabouços conceituais da medicina. Os manicômios se reproduziam como depositários de pessoas sim, mas também com a substituição da autoridade religiosa pela autoridade médica, e temos, talvez, o início da percepção de loucura como doença como percepção dominante.

Um dos expoentes dessa mudança paradigmática da psiquiatria foi Phillipe Pinel (1745-1826). Contemporâneo da Revolução Francesa e chefe do Hospital de Bicêtre em 1793, Pinel assume papel crucial na fundação da psiquiatria como a conhecemos ao desacomodar os pacientes de seu hospital e iniciar o trabalho de categorizar e catalogar de maneira sistemática e a partir de observações empíricas as doenças mentais. Seu método era composto de três etapas: o isolamento do mundo exterior, que possibilitaria uma melhor observação do objeto a ser estudado; a organização do espaço, tanto no sentido físico como no processo de identificar e agrupar doenças por semelhanças e diferenças; e o estabelecimento de uma relação terapêutica fundada na autoridade do médico, cujo objetivo final seria o de reeducar a mente

através de um “tratamento moral” (AMARAL, 2006, p. 66). Foi Pinel também quem criou o embrião das terapias laborais e ocupacionais, incluindo no processo terapêutico a obrigação do trabalho.

Pinel é tido, então, como referência no que concerne às possibilidades terapêuticas no tratamento da alienação. Ainda que as implicações do que se refere ao “tratamento moral” proposto por ele possam ser discutíveis, Pinel estabelece a possibilidade de cura para a doença mental. Logo, a doença mental não passava só a ser inclusa no espectro médico de categorização de doenças, mas também se configurava como um mal passível de ser cessado. Foucault (1975), no entanto, critica enfaticamente as práticas pinelianas, dizendo que suas técnicas, quando postas em prática, “[...] transformavam o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento [...]”.

É também nessa época que surgem as tentativas mais visíveis de sistematização do conhecimento sobre a loucura e a alienação no Brasil⁷. Até a chegada da família real no país em 1808 não existia qualquer intencionalidade estatal de abordar a questão dos alienados no país. Vários autores ressaltam que até 1830 não existiam práticas de recolhimentos de loucos para instituições próprias para o abrigo dos mesmos (FABRÍCIO, 2009), quando se cria a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que se incumbia de realizar um levantamento acerca do estado da situação da loucura na cidade e dos loucos internados na Santa Casa da Misericórdia, único lugar destinado a receber os alienados. Tais movimentações culminam na criação do Hospício Pedro II em 1852, o primeiro do país, sob forte influência das ideias pinelianas. Mais tarde, em 1903, já com o nome de Hospital Nacional dos Alienados, sua direção é assumida por Juliano Moreira⁸, considerado por muitos como o pai da psiquiatria científica brasileira. Além de introduzir e consolidar os paradigmas médico-científicos na psiquiatria brasileira, Moreira é apontado como o instrumento facilitador da introdução dos saberes psicanalíticos no país (VENANCIO; CARVALHAL,

7 Iremos abordar o cenário brasileiro com maior profundidade mais à frente.

8 Juliano Moreira (1873-1933) foi médico psiquiatra e esteve à frente do Hospital Nacional dos Alienados de 1903 a 1930. Foi o responsável por introduzir a mudança paradigmática na produção de conhecimento pela psiquiatria, introduzindo a metodologia científica da medicina no campo dos saberes psiquiátricos, como abordaremos com maiores detalhes mais à frente.

2005), sendo apontado como o primeiro divulgador das ideias de Sigmund Freud em 1899⁹, ainda como professor da Universidade de Medicina da Bahia, ideias essas que abordaremos no tópico a seguir.

1.1.4 Sigmund Freud e a psicanálise

Não seria possível escrever um capítulo sobre a história da psiquiatria sem fazer menção a Sigmund Freud, pai da psicanálise e figura fundamental para a compreensão do estágio atual dos saberes psiquiátricos. Os métodos psicanalíticos trouxeram um novo olhar sobre como os processos de perturbação mental se produzem.

Freud, que deu prosseguimento aos experimentos clínicos de Josef Breuer, criou não só um novo método terapêutico para o tratamento das perturbações mentais, mas também um novo arcabouço teórico-conceitual hoje amplamente utilizado nos meios psiquiátricos, ainda que se encontre também grande oposição. A primeira apresentação do que chamamos de psicanálise acontece em sua obra “Anna O.”, onde Freud descreve o tratamento ministrado por Breuer a Bertha Pappenheim, a quem ele atribuía diversos sintomas clássicos de histeria (doença, como dissemos acima, essencialmente feminina).

A prática terapêutica empreendida em tal descrição consistia no que Freud chamava de “cura pela fala”, que nada mais era que a exposição pelo paciente de seus sintomas e as associações decorrentes deles que o paciente fazia de forma inconsciente. Segundo ele, a mente humana estaria dividida em três níveis de consciência, que seriam o Id, o Ego e o Superego, sendo o Ego a estrutura psíquica mais próxima do estado consciente.

A introdução da ideia de um nível de consciência onde a mente humana reprimia e evitava processar emoções e experiências pessoais dá um novo horizonte à teorização a respeito das doenças mentais. Primeiro, a concepção de que algumas perturbações mentais teriam origem em experiências exteriores ao indivíduo. O fato de o inconsciente reprimir e

9 Para maiores informações sobre o processo de introdução, legitimação e consolidação dos saberes psicanalíticos no Brasil, ver Jane Russo em “*Júlio Porto-Carrero: a psicanálise como instrumento civilizador*”.

evitar processar algum tipo de experiência pessoal requer uma interação relacional. Surge assim a possibilidade de construção argumentativa para uma série de transtornos afetivos e comportamentais cujos arcahouços sintomáticos baseiam-se em desordens percebidas nas interações interpessoais. Por mais que a doença, nos termos freudianos, esteja profundamente enterrada nos confins da mente do paciente em questão, ela passa a ser, também, social, pois o gatilho psicológico de várias delas só pode, por definição, surgir de relações interpessoais¹⁰.

A ideia do que Freud chama de “mecanismos de defesa” também é fundamental para a compreensão das doenças mentais comportamentais. Só é possível falar transtornos de humor ou afetivos¹¹, transtornos neuróticos ou relacionados com stress¹², síndromes comportamentais¹³, distorções da personalidade e do comportamento adulto¹⁴ e de dezenas de outras doenças relatadas no CID-10 se falarmos de mecanismos de defesa inconscientes como “repressão”, “defesa de reação”, “projeção”, “regressão”, “substituição” e “transferência”¹⁵.

Outra contribuição de Freud ao estudo dos transtornos e perturbações mentais foi atribuir importância ao que se chama de psicobiografia. Sendo o estado mental adoecido fruto de experiências emocionais não processadas de forma consciente, era importante para o processo terapêutico repassar tais experiências a fim de encontrar qual delas seria a chave para se desfazer o estado patológico. A reinterpretação da vida do indivíduo sob a ótica de uma série de categorias de sintomas (uma medicalização das experiências pessoais do sujeito do tratamento) é uma prática freudiana largamente usada pela psiquiatria contemporânea.

10 Iremos expor mais à frente outras interpretações da ideia de doenças mentais comportamentais como sendo de origem social.

11 F-30 a F-39

12 F-40 a F-48

13 F-50 a F-59

14 F-60 a F-69

15 Artigo explicativo da Associação Mineira de Psicanálise que expõe os chamados mecanismos de defesa construídos pela teoria freudiana,
http://www.amapmg.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=69 – acessado em 28/12/2012

1.2 Reformas psiquiátricas

Erving Goffman (1922-1982) é um dos cientistas sociais mais respeitados no campo dos estudos da doença mental e das instituições psiquiátricas. Uma das suas obras mais famosas, *“Manicômios, prisões e conventos”*, é fruto de uma pesquisa realizada entre os anos de 1955 e 1956 no Hospital St. Elizabeths, e descreve minuciosamente o cotidiano da instituição, dos internos e da equipe médica. Nessa obra também, Goffman apresenta a categoria revolucionária de “instituição total”.

Durante a retomada da história da psiquiatria nos tópicos acima, situamos Phillipe Pinel como o fundador do que conhecemos como psiquiatria e sua crescente afinidade com os saberes médicos. Situamos também a transição do hospital de instituição religiosa e assistencial para uma instituição médica. Também pontuamos a ideia de Foucault sobre o surgimento do manicômio como depositário de sujeitos marginalizados socialmente em substituição aos antigos leprosários europeus.

Goffman, em seu trabalho de campo, apresenta um detalhado retrato de como todas essas mudanças supracitadas passaram a funcionar na prática cotidiana da instituição psiquiátrica da perspectiva dos internados. O manicômio como depósito, como instituição de construção de um saber médico onde o paciente torna-se objeto, dessocializante, desindividualizante, violenta e repressora, ganha uma categoria teórica para denominá-lo que abarca todas as características acima: instituição total.

Para ele, o sujeito age em diferentes esferas sociais em sua vida que se diferenciam umas das outras em termos de espaço físico e relações interpessoais construídas em cada nicho. Quando transportado para dentro do asilo psiquiátrico, todas as práticas cotidianas do indivíduo passam a ocorrer no mesmo lugar¹⁶, ficando ele isolado do que Goffman chama de “sociedade mais ampla” (GOFFMAN, 1968). Além disso, várias outras práticas levam a cabo

16 A trajetória do indivíduo é descrita por Goffman (1968) sob a categoria que ele denomina de carreira moral, onde ele identifica duas fases: a fase de pré-paciente, quando do reconhecimento sintomático e avaliação de que será necessário uma intervenção de ordem psiquiátrica, e a fase de internado, onde o indivíduo é “reestruturado” (ou mortificado) sob a égide das práticas sociais e terapêuticas empreendidas na instituição.

um processo desindividualizante, como o uso de uniformes e a proibição de posse de objetos pessoais, processo que Goffman denomina de “mortificação do eu”.

Todas essas práticas descritas em “*Manicômios, prisões e conventos*” acabam por produzir no indivíduo uma angústia crescente pela ideia de retornar à sociedade justamente por criar um sentimento de pertencimento total não só à instituição, mas ao condicionamento de um modo de interação social internalizado por tais práticas terapêuticas. O indivíduo, repetidamente submetido a experiências desintegralizantes, passa por uma reformulação identitária, que o leva muitas vezes a preferir a vida dentro da instituição à de fora:

“A angústia do internado quanto à liberação parece apresentar-se, muitas vezes, sob a forma de uma pergunta que apresenta a si mesmo e aos outros: ‘Será que posso me sair bem lá fora?’ Esta pergunta abrange toda a vida civil como algo a respeito da qual tem concepções e preocupações. O que, para os de fora, é um fundo não-percebido para figuras percebidas, para o internado é uma figura num fundo maior. Talvez essa perspectiva seja desmoralizante, e seja uma das razões para que os ex-internados frequentemente pensem na possibilidade de ‘voltar’, bem como uma razão para que um número apreciável faça exatamente isso.” – (GOFFMAN, 1961, p. 66-67)

Para ilustrar tal cenário, Paulo Amarante (1996) reproduz uma parábola que Franco Basaglia apresenta em sua obra *A instituição negada*:

“Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então, dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade. [...] ‘Em vez de liberdade ele encontra o vazio’, porque “junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro”[...]. (BASAGLIA apud AMARANTE, 1996, p.70)

Portanto, é possível uma compreensão mais clara sobre o processo histórico da construção de vários movimentos antimanicomiais - cujo objetivo era, de certa forma, ir de encontro ao paradigma de instituição manicomial como ambiente violento, repressor e

adoecedor, sendo muitos deles, inclusive, questionadores enfáticos da ideia de doença mental e os saberes constituintes da psiquiatria - sob a luz da categoria de instituição total apresentada por Goffman como veremos a seguir.

1.2.1 Quadro brasileiro

Como já dissemos anteriormente, até a chegada da família real portuguesa ao Brasil em 1808, não existia qualquer preocupação em sistematizar a tratativa com os chamados loucos no país. Os chamados alienados circulavam livremente pelas ruas, ou encontravam-se amontoados em Santas Casas da Misericórdia, ou ainda, em caso de famílias mais abastadas que não tinham o interesse de tornar a loucura intra familiar notícia pública, dentro de suas próprias casas (LIMA, 2009).

Após a chegada da família real portuguesa, o quadro muda. Em 1830 é criada uma comissão pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro a fim de realizar um levantamento minucioso sobre a situação da loucura na cidade. O resultado do relatório foi a criação do mote “aos loucos o hospício”, que pretendia retirar a rua como espaço de habitação dos alienados, além de retirá-los da Santa Casa, onde viviam sob condições consideradas subumanas. Luiz Vicente De-Simoni, médico italiano, descreveu, em 1839, as condições de internação na Santa Casa do Rio de Janeiro:

“No fim deste corredor há uma porta com cancela de ferro, que introduz em uma sala, a qual tem uma janela, e uma porta com grade de ferro fixa, as quais deitam para o grande quintal da casa, e que põem os doidos encerrados nesta sala em comunicação com outras pessoas, como já notamos a respeito dos quartos do lado do mar. Suas duas dimensões são de 36 e 28 palmos. Ali ficam encerrados os doidos que não cabem nos quartos, e principalmente os dementes, os velhos, os menos furiosos, e os escravos, que todos aí dormem em tarimbas, ou ficam presos a um grande tronco fixo, onde também vão parar por castigo os escravos da casa que cometem faltas” (DE-SIMONI, 2004, p. 147)

Em 1852 é fundada a primeira instituição destinada ao abrigo e ao tratamento de loucos e alienados no país: o Hospício Pedro II. Regido por doutrinas pinelianas, o hospício oferecia terapia laboral, com funções claramente divididas por classes sociais: enquanto os mais pobres realizavam trabalhos braçais, os mais ricos realizavam funções nas bibliotecas (AMARAL, 2006). Além disso, práticas descritas por Goffman citadas acima - como a internação como forma de isolamento social e diversos métodos coercitivos e violentos (isolamento em solitárias, uso de camisas de força) - se reproduziam no local. Em 1893, já como Hospital Nacional de Alienados, é criado o Pavilhão de Observação, destinado a estudos de psicopatologia, em mais um exemplo de influencia das ideias pinelianas (MUÑOZ; FACCHINETTI E DIAS, 2011).

Na virada do século, o governo de Rodrigues Alves, com Francisco Pereira Passos à frente da prefeitura do Rio de Janeiro, então capital federal, foi o responsável pelas grandes reformas na cidade, com demolição de casas, alargamento de avenidas e drenagem de córregos e pântanos. No campo da saúde pública, Oswaldo Cruz, então diretor geral de Saúde Pública da Capital Federal, promovia uma reforma sanitária sem precedentes, com campanhas de vacinação (origem da famosa Revolta da Vacina) e tentativa de contenção das doenças infecciosas, como febre amarela, febre tifoide e malária (VENANCIO; CARVALHAL, 2005).

É nesse contexto que Juliano Moreira assume a direção do Hospital Nacional dos Alienados em 1903 com a incumbência de empreender reformas modernizadoras de profundidade semelhante às levadas a cabo na capital federal. Sua formação continha forte influência dos teóricos da psiquiatria europeus, e sua iniciativa foi conceder um novo estatuto científico à psiquiatria, introduzindo novas práticas terapêuticas¹⁷ e, em especial, novas

17 Entre as novas práticas e estruturas terapêuticas introduzidas por Juliano Moreira, Venancio e Carvalhal (2005) citam “hospitais urbanos para curtos períodos de internação e tratamento, hospitais-colônia, clinoterapia, assistência heterofamiliar”, além de ter criado “laboratórios de bacteriologia e virologia” e ter instituído “no lugar de coletes, camisas de força e grades, oficinas de trabalho, o 'open-dor' e a defesa de um regime heterofamiliar de tratamento”

metodologias de produção de saberes psiquiátricos¹⁸, lançando as imprescindíveis bases para o atrelamento da psiquiatria às ciências médicas no Brasil.

Posteriormente começam a ser criadas colônias agrícolas destinadas à assistência psiquiátrica em diversos lugares no Brasil. As duas primeiras, ainda no Rio de Janeiro, foram as Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, e recebiam apenas indigentes do sexo masculino (AMARAL, 2006). Em 1922 é fundada por Juliano Moreira a Colônia de Alienados de Jacarepaguá, mais tarde rebatizada com o nome de seu fundador¹⁹. Novamente, como no caso do Hospício Pedro II, a terapia ocupacional assume papel importante nas práticas terapêuticas empenhadas nas colônias. Autores como Paulo Amarante consideram esse movimento como a primeira Reforma Psiquiátrica brasileira.

Esse período de transição entre o século XIX e o século XX é apontado por Sérgio Carrara (1998) como sendo também o período de surgimento do manicômio judiciário e da chamada criminalização da patologia mental. Segundo o autor, para uma determinada corrente interna da psiquiatria à época, o crime seria um sintoma de alguma doença onde a natureza humana, inerentemente boa, é pervertida. Tal ideia, para Carrara, se baseia no argumento liberal de que a sociedade seria o meio para concretização dos interesses do indivíduo, e que agredi-la seria o equivalente a agredir a si mesmo, o que não poderia ser feito em sua consciência²⁰.

Em 1923 surge ainda a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que, como o nome aponta, pregava uma higienização mental do Brasil. A Liga tinha um discurso altamente

18 A mudança de foco na psiquiatria de diminuir a atenção dirigida ao alienado para privilegiar o estudo da alienação é fundamental para que ela seja encampada pelos saberes médicos. Se Phillipe Pinel, apontado como pai da psiquiatria, foi o responsável por realizar essas mudanças pela primeira vez a nível mundial, Juliano Moreira é apontado como o responsável por fazê-lo no Brasil de maneira quase unânime (FABRÍCIO, 2009).

19 Para maiores informações sobre as colônias de assistência psiquiátrica, ver Fabrício, 2009 e Venancio, em “A Colônia Juliano Moreira na década de 1940: política assistencial, exclusão e vida social”, disponível em http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/MR_34c.pdf.

20 Para maior entendimento da questão da criminalização da loucura e o surgimento do manicômio judiciário, ver “CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde e Sociedade)”

eugenista e, baseada no conceito de Morel de degeneração²¹, defendia que a doença mental deveria ser tratada socialmente extinguindo-se a possibilidade de reprodução genética de indivíduos agrupados em um amplo “grupo de risco” (negros, estrangeiros e, logicamente, loucos e alienados).

“O que queremos é gente de saúde mental e físico forte [...]. Eugenisemos o brasileiro, selecionemos os tipos arianos que nos procuram, escapemos à infiltração de nova dose de sangue mongólico.” (MOREIRA-ALMEIDA; SILVA DE ALMEIDA & NETO apud SEIXAS; MOTA & ZILBREMAN)

Tal período histórico se mostra, portanto, um período de grande elaboração e discussão dos sistemas de saúde e doença mental e dos campos de saber envolvidos no processo de sistematização e produção de tal conhecimento.

1.2.2 As três correntes de desinstitucionalização

Pouca coisa mudou nos métodos terapêuticos e na arquitetura institucional das instituições psiquiátricas até a década de 1970. Nessa década é que começam a se desenhar os embriões de movimentos questionadores dos sistemas de tratamento psiquiátrico, culminando, em 1978, no surgimento do primeiro movimento social organizado cujo objetivo político era pautar a Reforma Psiquiátrica: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

O MTSM surgiu sob a influência das ideias de Franco Basaglia, famoso psiquiatra italiano fundador do movimento denominado Psiquiatria Democrática. É Basaglia quem substitui diversos modelos manicomiais de tratamento “por uma rede territorial de atendimento com serviço de atenção comunitário, emergências psiquiátricas, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para as pessoas portadoras de transtornos mentais” (AMARAL, 2006, p. 95).

21 Bénédict Morel (1809-1873) foi um psiquiatra austríaco. Sua teoria da degeneração pregava que as doenças mentais tinham componentes biológicos e genéticos, além de terem uma tendência a piorar ao longo das gerações, causando, assim, a degeneração da descendência do louco e, conseqüentemente, da população como um todo.

A desinstitucionalização passa, então, a ser o horizonte político mais importante do movimento, tendo como objetivos humanizar o tratamento, tornar operacional o conceito de ressocialização e tornar o paciente diagnosticado com algum tipo de transtorno um cidadão integral e portador de direitos, desconstruindo a instituição total descrita por Goffman.

Paulo Amarante, no entanto, diz que tal processo não poderia ser feito de qualquer maneira, demarcando as distinções entre os projetos de reforma como sendo a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização (AMARANTE, 1996) e nomeando as três tendências principais.

A primeira seria a desinstitucionalização como desospitalização, cujos princípios seriam: 1- prevenção de internações inadequadas, procurando alternativas comunitárias de tratamento; 2- retorno para a comunidade de pacientes com preparo para tal e 3- o estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para pessoas não institucionalizadas.

A crítica de Amarante a essa tendência é de que essa formulação não coloca a causa da falha do sistema psiquiátrico no conhecimento psiquiátrico, mas na aplicação deste. Não se critica as bases teóricas da psiquiatria, apenas se propõe um novo modelo de implementação desse campo teórico.

Outra crítica é a de que essa tradição tem como objetivo mais uma reforma administrativa com vistas à redução de gastos públicos do que uma transformação da natureza da assistência.

Por último, Amarante acusa essa tendência de possibilitar uma ampliação do campo de estudo psiquiátrico (e, conseqüentemente, da utilização do serviço, indo de encontro ao propósito inicial), trazendo para o campo de estudo do saber psiquiátrico noções como desvio, mal estar, desajustamento e anormalidade.

A segunda tendência seria a desinstitucionalização como desassistência, que entende a desinstitucionalização como um mero abandono do paciente à própria sorte, imaginando que o desaparecimento do modelo clássico de hospital psiquiátrico não significaria uma substituição por outros modelos assistenciais. Nesse grupo, Amarante coloca o que ele chama de “descuidados ou possuidores de má-fé”, além de pessoas com interesses específicos na

manutenção do sistema psiquiátrico clássico, como donos de clínicas particulares e empresários do ramo farmacêutico.

A terceira tendência, na qual Amarante alinha o MTSM, é a desinstitucionalização como desconstrução. Essa tendência se caracteriza pela predominância de uma crítica enfática ao saber médico constituinte da psiquiatria:

“[Este movimento] é, em resumo, uma importante atitude epistemológica no 'lidar com as contradições do real', onde o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-e-efeito, para voltar-se para a *invenção da realidade* enquanto um processo histórico” (AMARANTE, 1996, p. 24-25)

Fica claro, portanto, que o primeiro e principal movimento pela Reforma Psiquiátrica, - o MTSM, do qual Paulo Amarante é um dos expoentes mais renomados - não tem como objetivo político meras reformas físico-administrativas. É necessária, sob o ponto de vista do MTSM, uma mudança paradigmática no campo da saúde mental, onde o questionamento sobre a validade do conhecimento da medicina psiquiátrica se torna fundamental. É necessária, como diz Amarante citando De Leonardis (1987:248), “uma desconstrução a partir do interior da instituição psiquiátrica”.

1.2.3 A Lei 10.216/01

Mesmo antes do surgimento do MTSM, diversos acontecimentos pontuais prepararam o terreno para o processo que culminaria na promulgação da atual Lei de Saúde Mental, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, em abril de 2001. O primeiro deles ocorre em 1967, quando um encontro cujo objetivo era discutir políticas públicas de saúde mental produz um documento denominado “Ata de Porto Alegre”. Tal documento é apontado como a primeira vez em que se sistematizou a intenção de criar e expandir uma rede extra-hospitalar para o tratamento de doentes mentais, além de propor a reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais e a integração dos serviços de saúde mental à saúde pública. Um ano após o encontro, em 1968, é

realizada a I Conferência de Saúde Mental das Américas nos Estados Unidos, onde a Ata de Porto Alegre é ratificada (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Em 1975 ocorre o que se chamou de crise no DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), quando o diretor do órgão é demitido e é nomeado em seu lugar um coronel do Exército. Também nesse ano é promulgada a Lei 6.229, que reforça a figura do Hospital Psiquiátrico tradicional e sua metodologia terapêutica.

Como já pontuamos acima, o MTSM é fundado em 1978. Suas pautas principais, explicitadas anteriormente, ganham novo fôlego com a renovação do cenário político do país e o crescente enfraquecimento político da ditadura militar. Em 1982, há a vitória da oposição sobre a ditadura nas eleições estaduais e, três anos mais tarde, pela primeira vez desde 1964, um civil disputa e vence as eleições presidenciais. Ainda que nesse primeiro momento da redemocratização a discussão se centrasse no aperfeiçoamento e universalização dos dispositivos tradicionais, a intencionalidade reformadora passava a fazer parte da iniciativa oficial e estatal, pavimentando assim o caminho para o amadurecimento das propostas de reforma.

“Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar-segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.” (TENÓRIO, 2002, p. 34).

Em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. A Conferência e o Encontro representam um marco nos movimentos pró-reforma, pois neles se dá o início da transcendência do debate reformista de uma discussão de reforma unicamente institucional para uma que envolve cultura, cotidiano, mentalidades e percepções acerca da loucura (TENÓRIO, 2002). Como já vimos nas pontuações de Paulo Amarante, “a crítica passa a enfatizar que a própria natureza do saber, das práticas e das instituições psiquiátricas deve ser questionada na perspectiva da

cidadania do louco [...]” (TENÓRIO, 2002, p. 35). Também nesse momento, o movimento passa a se chamar Movimento de Luta Antimanicomial.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresenta o Projeto de Lei nº 3.657/89, que previa o impedimento da construção de novos hospitais psiquiátricos ou a contratação de novos hospitais privados pelo poder público, o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomiais de atendimento e obrigava a notificação de internações compulsórias às autoridades judiciárias, que deveriam fornecer pareceres sobre a legalidade das internações (TENÓRIO, 2002).

O projeto, então, é aprovado na Câmara dos Deputados em 1990. No Senado, entretanto, a tramitação se torna mais difícil, e o relator, senador José Paulo Bisol (PSB-RS), propõe um projeto substitutivo, que, no entanto, não agrada os movimentos de luta antimanicomial e é descartado²².

Dez anos depois, após uma “intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo o país” (TENÓRIO, 2002, p. 36), um novo projeto substitutivo redigido pelo senador Sebastião Rocha é aprovado. Ainda segundo Tenório, “o substitutivo era ambíguo quanto ao papel e à regulamentação da internação e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos 'nas regiões onde não exista estrutura assistencial’” (p.36). Na volta do texto para a apreciação da Câmara dos Deputados, o artigo que versava sobre a criação e a contratação de novos leitos é suprimido e o texto é aprovado em 6 de abril de 2001 sob o número 10.216.

Os movimentos antimanicomiais, apesar de reconhecerem que a lei foi “amenizada” desde sua proposição original em 1989 (especialmente no que diz respeito à extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por aparelhos alternativos e regidos por outra lógica que não a asilar), consideraram-na um importante avanço em suas lutas.

Desde a aprovação da Lei 10.216/01, vários marcos regulatórios foram criados direcionados para a construção de serviços alternativos de saúde mental, como os que instituem os CAPS (Centros de Apoio Psicossociais) e as residências terapêuticas, além do

22 http://www.psiquiatriageral.com.br/legislacao/saude_mental02.htm, acessado em 02/01/2013

que chamamos de Hospital-Dia²³. Tais serviços introduzem na lógica da assistência psiquiátrica a ideia de desospitalização de maneira gradativa, estabelecendo como horizonte último do tratamento psiquiátrico a reinserção do paciente em seu meio²⁴.

Trabalhando com noções que envolvem a concepção de doença e cura na anatomopatologia e com a ideia de doença mental como doença das relações e socialmente construída, procuraremos no próximo capítulo, através de análise de dados encontrados no campo, demonstrar primeiramente que a perspectiva de desinstitucionalização confunde-se, no dia a dia hospitalar do campo estudado, com a ideia de cura (além dos conflitos de discurso suscitados em decorrência de tal percepção), e, posteriormente, apresentar um retrato das percepções sociais da loucura (tanto por parte da equipe médica quanto por parte dos próprios pacientes) aparentes em nossas observações.

23 O Hospital Dia é definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral.(Portaria SAS/MS nº 224/92).

24 Em alguns casos institucionais, como no que citamos sobre o Hospital-Dia, a intenção não é apenas a reinserção, uma vez que tal serviço é uma tentativa de não se retirar o paciente diagnosticado com algum transtorno mental de seu ambiente usual de convívio.

CAPÍTULO II

2. Perspectivas de cura e conflitos de discurso

No capítulo anterior, abordamos a retomada histórica da construção da psiquiatria como disciplina, além de sua paulatina aproximação com os saberes médicos. Também abordamos a caminhada histórica dos movimentos responsáveis pela pauta da reforma psiquiátrica brasileira, cujo objetivo maior é a desinstitucionalização do paciente diagnosticado com algum transtorno mental. Neste segundo capítulo, procuraremos demonstrar através das experiências presenciadas em campo como tais fatores influenciaram os discursos e práticas da equipe médica e dos pacientes pesquisados, focando nos conflitos de discurso causados pela ideia de cura.

2.1 Doença: perspectivas antropológicas

Não nos seria possível adentrar na exposição e análise dos relatos de campo sem uma primeira apresentação dos debates ocorridos na Antropologia referentes à delimitação dos conceitos de saúde e doença. Portanto, ainda que de forma breve, apresentaremos o desenvolvimento dos campos da antropologia da saúde (ou antropologia médica, ou até antropologia da doença) e da etnopsiquiatria para, enfim, apresentar as conceituações nas quais nos basearemos para a decodificação dos acontecimentos presenciados em campo.

A etnopsiquiatria clássica classifica o que se chama de “comportamento normal” como aquilo que seria o comportamento médio dos indivíduos. Nela também se formula a ideia de que sociedades também são objetos de estudo do campo da saúde, categorizando o que se chama de “sociedades saudáveis” e “sociedades doentes”. Segundo tal concepção, uma

sociedade doente se daria quando o padrão hegemônico corresponde à normalidade cultural e à anormalidade mental, enquanto uma sociedade saudável seria o oposto: normalidades culturais e mentais coincidem (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Posteriormente, Arthur Kleinman, psiquiatra e professor de antropologia médica na Universidade de Harvard, deu a luz a uma nova teoria com o objetivo de se contrapor à etnopsiquiatria tradicional: a psiquiatria transcultural. Kleinman, em tal teoria, postula que as categorias diagnosticantes da medicina ocidental não poderiam ser livres culturalmente e não seria possível pensar o objeto “saúde – doença” sem fazer uma reflexão que incluísse uma ponderação sobre as experiências e percepções individuais dos processos de adoecimento. Para isso, Kleinman dividiu a categoria doença – *sickness* em duas categorias complementares: patologia – *disease* e enfermidade – *illness* (KLEINMAN, 1977). Tal teoria é chamada pelo autor de psiquiatria transcultural.

Tal divisão conceitual foi pautada para possibilitar a inclusão das influências culturais no arcabouço explicativo do processo diagnóstico da doença. Segundo Kleinman (1977), patologia seria a categoria responsável pela explicação de alterações ou mal funcionamento dos sistemas biológicos de acordo com a concepção biomédica. Tal disfunção ocorreria mesmo sem sua percepção pelo indivíduo afetado, num processo exclusivamente endógeno. Já a categoria da enfermidade seria aquela que analisa a experiência e a percepção da doença pelo indivíduo, além das reações sociais por ela acarretada. Segundo Almeida Filho, Coelho e Peres (1999), “ela [a categoria enfermidade] diz respeito ao processo de significação da doença”.

Outra divisão conceitual é realizada por Kleinman: a diferenciação entre signo e sintoma. Segundo o autor, signo abarcaria as possibilidades descritivas da patologia baseadas nos conhecimentos médicos, com caráter estritamente objetivo, enquanto sintomas diriam respeito ao processo de experimentação subjetiva do processo de adoecimento.

Posteriormente, Kleinman afirma que ambas as categorias, patologia e enfermidade, seriam construídas socialmente. Enquanto a enfermidade continuava sendo a categoria responsável pela descrição e análise das formas de percepção e expressão das experiências de adoecimento (num estágio anterior à doença), patologia passava a ser o processo de

reconstrução de tais experiências a partir de uma perspectiva técnica da medicina, reconstrução essa que se daria no encontro entre médico e paciente.

Alguns anos após as postulações de Kleinman, os estudos de Byron Good e Mary-Jo Good vieram apresentar novas perspectivas sobre o conceito de doença a ser trabalhado na antropologia médica. Eles afirmaram que o limite divisor entre o que é normal e o que é patológico é definido pela cultura, tendo uma carga moral no processo de construção desse limite divisor. Nessa concepção, a doença “não é nem uma coisa em si, nem a reflexão sobre essa coisa, mas um objeto fruto dessa interação, que sintetiza múltiplos significados” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 103).

Na perspectiva de Good e Good, a atividade clínica se constitui num esforço interpretativo e hermenêutico, sendo a interpretação dos sintomas enquanto manifestação da realidade biológica uma característica da racionalidade clínica.

Outro ponto fundamental a ser ressaltado é a adaptação de teorias advindas do campo da linguística para formar um aparato explicativo do processo de reconhecimento da doença, seja por “leigos”, seja pelos grupos inseridos nos campos de saber médico. Os autores concordam com Kleinman no que diz respeito à patologia ser a denominação da interpretação objetiva dos sintomas baseados no saber médico e à enfermidade ser a apropriação subjetiva da experiência sintomática por parte do enfermo. A novidade apresentada por Good e Good é que eles passam a denominar os eventos citados acima de “rede semântica”. A enfermidade seria uma realidade erigida através do processo de interpretação e significação.

Com base nos estudos apresentados, surge então uma nova corrente na antropologia médica, sendo um de seus maiores expoentes Allan Young. Tal corrente incorpora fatores das duas tendências apresentadas anteriormente, sugerindo, entretanto, que se faça a análise de vieses econômicos e políticos em níveis locais e globais, colocando tal análise em diálogo com os estudos que buscam compreender as formas de organização do sistema médico e as condições de saúde. Essa corrente, de clara inspiração marxista, postulava que seria inócua, senão impossível, a análise das relações sociais medicalizadas sem a ponderação sobre as relações de classe.

Ainda sobre esse ponto, Young afirma que traduzir as relações de classe em termos médicos se configuraria um processo de redução da doença a um nível puramente biológico e individual onde se ignoraria sua dimensão social, política, histórica e econômica, servindo, assim, a interesses de classe (no caso, da dominante).

Em comum a todos os autores citados, encontramos a ideia de que a doença não é apenas um processo biológico reduzido a uma simplicidade orgânica, bem como não é também a prática terapêutica utilizada em seu tratamento e em sua ideia de cura. Para todos, a doença se configura como algo ligado intrinsecamente a sua experiência subjetiva e suas implicações sociais, e o processo de escolha de tratamento e consequente cura passa por diversas negociações de significados entre os atores envolvidos.

Já Jean Langdon, em “*A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica*”²⁵, apresenta uma reflexão que achamos por bem tomar como base para análise de nossos dados de campo. Introduzindo a ideia de doença como processo, ela afirma que o estado adoecido não são apenas um momento único ou uma categoria fixa, mas “uma sequência de eventos que têm dois objetivos pelos atores: (1) de entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento. A interpretação do significado da doença emerge através do seu processo” (LANGDON, 1995).

A descrição de Langdon para o processo que culmina na interpretação do significado da doença vem através do que ela chama de “itinerário terapêutico”. Para ela, três passos caracterizam o processo de interpretação (e reinterpretação, dependendo do caso) do estar doente, sendo eles (1) o reconhecimento dos sintomas, (2) o diagnóstico e a escolha do tratamento e (3) a avaliação.

O primeiro passo consiste no reconhecimento do estado da doença baseado nos sinais (sintomas, se formos usar a terminologia de Kleinman) de que o todo não vai bem. Tais sinais não são universais, como postula o saber médico, mas variáveis de acordo com o contexto cultural em que estão inseridos. Esses sinais também não necessariamente se restringem a

25 http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm#_ftn1

uma experiência corporal, e a situação ambiental também é levada em consideração, em alguns casos, durante a ponderação e a definição do estado adoecido.

O segundo passo é o diagnóstico e a escolha do tratamento. Langdon afirma que, uma vez reconhecido o estado adoecido, inicia-se o processo do diagnóstico para que os atores envolvidos possam decidir-se sobre o método terapêutico mais indicado. Ela aponta que tal momento ocorre inicialmente no contexto familiar no mais das vezes, onde os indivíduos negociam a interpretação dos sintomas e a escolha do tratamento. Muitas vezes, ainda de acordo com Langdon, pode haver consensos sobre os sintomas, mas divergências sobre o diagnóstico, não havendo necessariamente um diagnóstico claro, mas ela aponta para a necessidade de um consenso pelo menos no que tange ao tratamento a ser ministrado.

Ainda sobre métodos terapêuticos, Langdon diz que em casos de doenças menos agressivas e conhecidas, técnicas simples são aplicadas, como um chá ou uma visita ao posto de saúde, enquanto que em casos de “uma doença séria, com sintomas não usuais, ou interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais (por exemplo, quebra de tabu) talvez o xamã ou *outro especialista em acertar relações sociais* seria escolhido primeiro” (LANGDON, 1995, p. 5, grifo meu).

O terceiro passo do itinerário terapêutico é a avaliação do tratamento. Em caso de continuidade dos sintomas ou do aparecimento de novos, é preciso rediagnosticar a doença, reinterpretando os sintomas persistentes ou negociando o significado dos que surgiram recentemente. A doença também é reavaliada em termos mais abrangentes, considerando mais esferas extra-corporais, como as relações sociais e os movimentos cosmológicos para o processo de resignificação dos sintomas.

Nesse sentido, fica construída a ideia da autora de doença como processo, e mais: de doença como experiência. Segundo Langdon (1995), “a doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura”

2.2 O itinerário terapêutico do HSVP²⁶

Considerando a perspectiva antropológica apresentada, o trabalho de campo que procurará dar sustentação empírica a nossos argumentos foi realizado no Hospital São Vicente de Paulo, em Taguatinga, Distrito Federal.

O Hospital São Vicente de Paulo está localizado em um grande terreno no centro de Taguatinga. Sua entrada é geralmente bastante movimentada, com grande fluxo de carros e pedestres. Há um estacionamento para funcionários ao lado de um prédio administrativo a direita de quem adentra o Hospital, e à esquerda localiza-se o Ambulatório, que cheguei a visitar algumas poucas vezes.

Mais abaixo encontramos um grande prédio retangular e térreo com duas grandes áreas cercadas à sua frente, o Pronto Socorro. É aí que se dá o primeiro contato com os pacientes, que ficam visíveis e frequentemente interagem com as pessoas que por ali passam, sejam elas funcionárias do Hospital, sejam essas pessoas familiares aguardando o horário de visita, que ocorre diariamente entre 15h30 e 16h30, ou pessoas aguardando algum atendimento emergencial.

Logo atrás do balcão de recepção há um cartaz com esclarecimentos sobre o tipo de tratamento ministrado, as regras para se obter medicação, os tipos de pacientes acolhidos, etc. Conversando com o funcionário responsável pela triagem dos pacientes que chegam por ali, entendo melhor como funciona o atendimento de emergência no caso de pacientes com transtornos mentais.

O funcionário explica que o Pronto Socorro do HSVP tem como objetivo identificar e tratar de forma emergencial as crises agudas. Quando lhe pergunto o que seriam crises agudas, ele esclarece:

26 Hospital São Vicente de Paulo, ou HSVP, antigamente conhecido como Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP). Interessante pontuar que São Vicente de Paulo foi um sacerdote francês, vivo de 1581 a 1660, e que é conhecido na liturgia católica como padroeiro das obras de caridade.

“Crise aguda é quando eles surtam, quebram coisas, batem, brigam, essas coisas. Nós aqui servimos como uma ajuda emergencial pra uma crise. O paciente vem, é admitido e, na maioria das vezes, fica aqui pra tentar se acalmar.”²⁷

Esse ‘ficar aqui’ a que ele se refere são pequenas internações que duram de um mínimo de meia hora a uma ou duas semanas. A determinação da quantidade de tempo de tratamento considerada eficaz para ‘acalmar’ o paciente é realizada pelos médicos, embora a família também tenha ingerência sobre essa decisão, podendo retirar o paciente com a discordância do médico responsável, tendo a família que assinar um Termo de Responsabilidade, ao qual eu não tive acesso, mas que o funcionário da recepção explicou ser um documento que ateste que a família está ciente dos riscos de contrariar as recomendações médicas de prosseguir com a internação por mais tempo, isentando a equipe médica e a instituição da responsabilidade.

As duas grandes áreas cercadas onde os pacientes permanecem são divididas de acordo com a ‘gravidade’ da situação. À direita de quem entra estão os pacientes admitidos para tratamento emergencial de crises agudas. O perfil desses pacientes, segundo o funcionário entrevistado na recepção, é de homens e mulheres (que ficam em áreas separadas: os homens à frente do prédio, as mulheres na parte de trás) que tiveram crises pontuais com os ‘sintomas’ listados acima.

À esquerda de quem entra estão os pacientes que têm recomendação de uma internação mais prolongada. São pessoas cujo transtorno mental tornou-se crônico, segundo o funcionário. Quando questiono o que seria um transtorno mental crônico, ele diz que é quando existe um descolamento parcial (mas recorrente) ou permanente da realidade. Em termos de processo diagnóstico, os pacientes podem ser encaminhados através da família, da justiça ou pelo Corpo de Bombeiros. Em caso de atentado contra a própria vida, são encaminhados pelos hospitais do DF após o tratamento de emergência.

27 Mais a frente abordaremos com detalhes as diferenciações entre crise aguda e cronicidade na doença mental.

O encaminhamento através da família é onde mais se faz visível a negociação referida por Langdon. Os relatos coletados em campo dão conta de que na família ou nos círculos de amizades mais próximos se faz a primeira interpretação de sintomas de loucura. Geralmente temos os pais, irmãos ou amigos como os agentes que pela primeira vez apontam a possibilidade de uma intervenção médica ou espiritual no sujeito, dependendo da direção que se toma a interpretação dos sintomas.

O encaminhamento através do Corpo de Bombeiros pode se dar tanto por requisição familiar ou de amigos, como também por vizinhos, transeuntes e outras pessoas de certa forma desvinculadas do sujeito, que acionam o CBMDF para realizar o recolhimento desses pacientes e encaminhá-los ao HSVP.

Por último, há o encaminhamento compulsório, determinado pela justiça, para o tratamento psiquiátrico não punitivo, ou seja, sem que haja a prática de uma infração ou crime por parte do paciente encaminhado.

Outra estrutura terapêutica encontrada no HSVP é o que chamamos de Hospital Dia. O HDIA, localizado na parte lateral do prédio do Pronto Socorro, apresenta uma proposta de semi-internação. Os pacientes permanecem no Hospital durante a semana útil (de segunda à sexta) no período entre 8h e 17h. Eles têm de se encaminhar para o Hospital com recursos próprios, podendo realizar o trajeto sem acompanhantes, além de poderem deixar o local no horário de almoço, embora seja oferecida refeição no local²⁸. O período mínimo de tratamento no HDIA é de 45 dias, podendo ser renováveis por mais 15 (embora em entrevista a um dos técnicos de enfermagem tenha ocorrido o reconhecimento de que já houveram pacientes que permaneceram ‘internados’ por até 90 dias).

Os pacientes a serem tratados no HDIA são encaminhados pela própria triagem do hospital, além de encaminhamento externo por psiquiatras e juízes que determinam esse tipo específico de tratamento. Segundo funcionários do local, a metodologia de tratamento do

28 No ano de 2010, realizei pesquisa na Clínica Anankê, instituição privada de atenção à saúde mental, que também funciona na lógica do Hospital Dia. Lá, o paciente não pode dar entrada ou sair da clínica sozinho, necessitando do acompanhamento de um responsável por deixá-lo no local e buscá-lo ao fim do dia, além de também ser o responsável por sua medicação.

HDIA é indicada para pacientes que tiveram sua primeira crise (recém-diagnosticados) ou que, não sendo a primeira, ainda não se tornaram pacientes crônicos.

2.3 A doença mental como doença das relações

Antes de prosseguirmos para o debate central deste capítulo, é importante que façamos uma análise do que encontramos em campo sobre a percepção social da doença mental (ou, como defende Kleinman, da enfermidade mental como experiência subjetiva e suas consequentes reações sociais).

Como dissemos acima, as primeiras percepções sintomáticas da doença mental usualmente se dão em círculos próximos do paciente. Muitos são encaminhados a um tratamento psiquiátrico ou à psicoterapia (quando há o entendimento de que há um problema, mas não “tao sério” para configurar uma intervenção de ordem médica) pelos pais, mães, irmãos, irmãs, amigos próximos ou outras pessoas com relação de parentesco com proximidade do indivíduo, como tios, tias, primos, primas e avôs e avós.

Tal percepção sintomática geralmente ocorre primeiro com categorias de ordem moral, como “preguiça”, “frescura”, “esquisitice” e alguém que venha a ter “delírios místicos”, ou seja vítima de “possessão”²⁹. Essas categorias, que posteriormente representarão a ideia de que algo de ordem mental não está funcionando corretamente, antes de serem medicalizadas representam a inaptidão do sujeito para cumprir tarefas sociais como dele é esperado, além de demonstrarem a dificuldades de ordem prática para cumprir com obrigações que, no imaginário social, “qualquer um faria”.

No ambiente familiar, então, se dão as primeiras negociações diagnósticas. Com o pesado estigma negativo acerca do que representa a possibilidade de intervenção psiquiátrica

29 Essas cinco categorias foram as que apareceram com maior frequência nas entrevistas, mas também se viu categorias como “gastador”, “drogado”, “alcoólatra”.

socialmente, o paciente nega a possibilidade de “ser louco”, enquanto os familiares mais incomodados com a postura batalham ou para conseguir convencer o indivíduo de sua condição adoecida, ou para ter acesso a dispositivos legais que os permitam tomar esse tipo de decisão à revelia do que podemos chamar de “pré-diagnosticado”. A extrema subjetividade dos sintomas, geralmente identificadas através de desvios comportamentais, torna a negociação mais difícil no ambiente familiar.

Geralmente, após o mapeamento de um comportamento incômodo atribuído a uma ou mais pessoas da família, algum dos atores envolvidos (leigos em saberes psiquiátricos em sua maioria) têm acesso, ou através de outras pessoas no trabalho, na rua e na própria família, ou através da internet, a terminologias psiquiátricas, o que o faz crer que tal intervenção é necessária. Entretanto, os tipos de comportamentos que anteriormente eram vistas apenas como desvios morais e incômodos para atores sociais próximos aparentemente só passam a ter algum peso médico quando os indivíduos “surtam”, “quebram tudo” ou “tentam o suicídio”, categorias que surgem quando questionamos à equipe profissional sobre os motivos da internação.

Outra interpretação possível é a de ordem espiritual, que vimos acontecer algumas vezes como estágio anterior ou posterior da apropriação sintomática das desordens relacionais intra familiares pelo saber psiquiátrico. Quando tais desordens são percebidas como “possessão”, “encosto” ou “delírios místicos”, a saída negociada é a de ordem espiritual. Vários exemplos nesse sentido foram encontrados em campo. Houve um caso de um paciente que, segundo as técnicas de enfermagem do HDIA, “surtou e não voltou mais” porque, segundo elas, “comeu farofa de encruzilhada”. Elas mesmas dizem já terem visto mais de uma vez “possessões confundidas com doenças psiquiátricas”. Também citam o caso de um ex-diretor do HSVP, identificado apenas como Dr. Francisco, que encaminhava pessoalmente os pacientes que considerava não ter transtornos mentais, mas sim possessões, para instituição em São Paulo especializada em exorcismos. Elas dizem conhecer também casos em que a família, após a avaliação do tratamento psiquiátrico, se mostrou insatisfeita com o resultado e, no processo de ressignificação dos sintomas, encaminhou o paciente para o Sanatório Espírita de Anápolis, no interior de Goiás.

Em todo caso, de acordo com as entrevistas realizadas com três técnicos de enfermagem, uma assistente social e com diversos pacientes apontam para a interpretação de que mais que um quadro clínico biologicamente verificável, o que se apresenta é uma frustração das expectativas sociais nutridas por um determinado indivíduo. Tais frustrações vão desde coisas práticas do dia a dia - como não conseguir se manter em um emprego, não conseguir ter relacionamentos amorosos duradouros (ou, quando se tem, apresentam signos não facilmente significados como demonstrações de afeto), ter uma vida sexual excessivamente ativa, ser excessivamente sincero ou excessivamente mentiroso, não conseguir nutrir afeto por quem supostamente se deveria de maneira obrigatória gostar, entre outros - até frustrações de ordem mais metafísica, como ver coisas que outras pessoas não vêem³⁰. Em uma das falas durante o Grupo de Verbalização³¹, uma senhora relata sua relação com o filho:

“Não consigo gostar do meu filho. Eu tento, pego ele no colo... Ele quer receber alguma coisa de mim, e isso me irrita, aí brigo com ele o tempo todo. Eu tento ser diferente, mas eu não consigo. Eu tô com muita dificuldade”.

Outro relato dá conta das percepções sociais acerca das alucinações. Uma paciente que aparentava ter seus 45 anos começou a contar como havia sido seu final de semana. Após relatar um sentimento de “angústia” e “ansiedade”, ela diz que, com o chegar da noite, começou a ver na parede uma bola colorida que soltava flechas pela casa toda. Como estava sozinha, se apavorou e correu para o quintal de sua casa. Lá, com a escuridão, ela diz ter ficado com muito mais medo, e começou a ver duas sombras grandes com o formato de dois

30 Para maiores referências sobre signos comportamentais que constituem o arcabouço sintomático dos transtornos mentais, o artigo “*Doença mental crônica e tecnologias de manejo terapêutico*”, de Carlos Caroso e Núbia Rodrigues é bastante elucidativo nesse sentido.

31 Grupo de Verbalização é um grupo terapêutico do HDIA que tem como objetivo coletar relatos dos pacientes na segunda-feira, após um fim de semana sem contato com os médicos ou com o Hospital.

grandes cachorros se aproximando dela. Nesse momento, a fomentadora a interrompe e questiona: “Mas é só você que vê?”. Ela responde afirmativamente, dizendo: “Se eu tivesse vindo pra cá, eu tenho certeza de que eu seria internada”.

Além disso, apresentar comportamentos que não são associáveis ao que se espera para o momento ou para o local, como rir em um velório, não estar abatido após um acontecimento trágico qualquer, estar excessivamente abatido por algo supostamente simples, cantar em lugares e ocasiões supostamente inapropriados, não só são vistos como signos de loucura, como fazem parte do arcabouço sintomático oficial da psiquiatria.

O ponto a ser definido aqui é a ideia de que a doença mental, em especial as que são mapeadas através de análise comportamental dos pacientes (a maioria, no caso), são majoritariamente colocadas em termos de frustração de expectativas sociais, e tais frustrações são notadas em sua grande maioria nas interações interpessoais do paciente. Durante o trabalho de campo (e em outras experiências com objetos afim) não foi encontrado um só caso em que o paciente sem qualquer diagnóstico anterior detectasse algum tipo de alteração comportamental digna de intervenção em si mesmo, sendo quem apresenta o paciente ao universo psiquiátrico atores afetados direta ou indiretamente por um comportamento que seria traduzido em forma de patologia. Nesse caso, doença mental seria, nos termos de Kleinman, enfermidade cuja existência depende visceralmente de sua percepção social como tal.

Outro ponto importante que servirá de lastro para o debate a ser apresentado no tópico a seguir é a ideia que ganha força através das discussões instauradas durante a construção da Reforma Psiquiátrica brasileira de ressocialização e desinstitucionalização como fins últimos dos tratamentos psiquiátricos. A ressocialização, como apresentaremos a seguir, é vista na maior parte dos discursos como o equivalente à cura da doença mental. Ora, se a ideia de cura de uma doença mental equivale à ideia de devolver o indivíduo “consertado” e livre dos vícios de comportamento que o afastavam de relacionamentos interpessoais considerados saudáveis, o diagnóstico feito não é exatamente de uma condição mental adoecida, mas de relações adoecidas, colocando o psiquiatra, na condição de autoridade médica responsável, como o “especialista em acertar relações sociais” citado por Langdon.

2.4 As curas e os conflitos

2.4.1 Crise aguda, doença crônica e os conflitos de discurso

No universo dos discursos captados em campo, as categorias que apareceram de forma mais recorrente e que possibilitam a análise mais rica foram as de crise aguda, que era a terminologia usada para se referir a um transtorno pontual, e doença crônica³². Em praticamente todas as falas elas se faziam presente, ora nominalmente citadas, ora de maneira indireta quando as falas se referiam às possibilidades de cura. Havia uma dificuldade evidente na diferenciação da doença crônica, cujas crises seriam apenas uma forma de se referenciar o diagnóstico, de um transtorno que apresentava crises agudas recorrentes, mas que ainda não havia se “cronificado”.

Logo na entrada do HDIA, nos deparamos com um cartaz com os dizeres “*é parte da cura o desejo de ser curado*”. O HDIA é uma estrutura institucional que, segundo Valéria, Giza e Carlos, técnicos de enfermagem que trabalham no local, foi criada para atender apenas a pacientes não – crônicos. Segundo as duas primeiras, isso é o que diferencia o HDIA do pronto socorro do São Vicente de Paulo: teoricamente, no HDIA só são aceitos pacientes que tem alguma possibilidade de cura de seu transtorno. Elas explicam que na internação usual do HSVP existem muitos casos de pessoas que são “largadas” lá pelos familiares, alegando não terem mais condições emocionais e financeiras para cuidar do sujeito diagnosticado com algum transtorno mental. Contudo, como o HDIA trata de casos cujo desenvolvimento da doença ainda é, teoricamente, bem inicial, elas dizem que a família “ainda não teve tempo para se cansar”. Entretanto, essas mesmas técnicas de enfermagem, disseram que “mesmo sendo ex-pacientes, continua sendo paciente porque eles sempre voltam”.

32 Segundo a Organização Mundial de Saúde, doenças crônicas são “doenças de longa duração e, geralmente, de progressão lenta” (http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/, acessado em 16/01/2013). Segundo o Centers for Disease Prevention and Control – CDC, doenças crônicas se configuram como “condições que não curam, uma vez adquiridas [...] e que duram 3 meses ou mais” (GUERRA, 2009, p. 3). A significação do termo como foi encontrado em campo aponta para uma afinidade maior com a segunda definição.

Elas dizem que a principal mudança que a Reforma Psiquiátrica trouxe foi a perspectiva de que doença é diferente de transtorno mental. Segundo elas, apenas a esquizofrenia poderia se considerar uma doença na extensão completa do termo. Um bipolar, por exemplo, não “é” doente, “está” doente, enquanto é dado a entender que um esquizofrênico “seria” doente, e não “estaria” doente³³. Também a respeito da Reforma Psiquiátrica, elas dizem que o HDIA trata o paciente como um todo, enquanto o “Hospital Psiquiátrico tradicional” trata o sintoma. Segundo elas, “quem chega no Hospital e se interna, só vai é adoecer”. No HDIA também se teria uma “perspectiva de ressocialização”.

Sobre a cronicidade, elas dizem que o diagnóstico só vem com o tempo, afirmando que “quando eles se tornam crônicos, é complicado (ressocializar)”. Elas dizem que já conhecem o paciente que é crônico “só de olhar”. Quem sai do HDIA, contam elas, é encaminhado para o Ambulatório (para adquirir medicação e ter consultas regulares), para os CAPS, etc, mas dizem que “cura definitiva” não existe. Dão exemplo de uma senhora que havia passado pela internação do HSVP há 9 anos atrás, teve um filho, arranhou emprego e, após 9 anos distante dos tratamentos, “se descuidou” e “veio parar no HDIA”.

A entrevista com Carlos também faz emergir as categorias de doença crônica e crises agudas. Quando pergunto sobre o que seria um paciente “não-crônico”, ele responde dizendo que é aquele que teve sua primeira crise aguda e, se não for a primeira, aquele que ainda não tem o diagnóstico de cronicidade. Segundo ele, os diagnósticos mais presentes no HDIA são os de esquizofrenia e bipolaridade.

Entre os pacientes também temos exemplos de como tais categorias são importantes no cotidiano dos indivíduos diagnosticados com algum transtorno mental. Em reunião do Clube dos Amigos³⁴, José Alves, presidente do Clube, logo após afirmar “Nós não estamos

33 Essa diferenciação também é feita nos ambientes da psicanálise. O importante a se ressaltar aqui é que o exemplo usado do Transtorno Afetivo Bipolar (F31 no CID-10) reforça o que dizemos no tópico anterior, sendo esse transtorno o exemplo mais citado entre as doenças “comportamentais” (ou cujo diagnóstico se dá através de patologização de comportamentos).

34 O Clube dos Amigos é um grupo de ex-pacientes inicialmente configurado para ser um grupo terapêutico, e que evoluiu para uma espécie de associação de classe de ex-pacientes do Hospital São Vicente de Paulo. No próximo capítulo abordaremos com mais profundidade o grupo.

mais doentes. Quem entra aqui no Hospital é visto como doente, e nós não estamos mais”, e dizer que gostaria de levar as reuniões do Clube para outro local que não o HSVP (segundo ele, o fato de estarem no espaço físico do Hospital faz com que ainda sejam vistos como doentes), disse o seguinte:

“[Tornar-se ex-paciente] não significa que você ficou bom. O tratamento é contínuo, é permanente. Não existe cura.”.

O conflito de discurso parecia mais evidente no Clube dos Amigos do que em outros grupos de socialização de pacientes, como o Grupo de Verbalização. Talvez por ser um Clube majoritariamente de ex-pacientes, onde o propósito da “cura” e da ressocialização já fora, teoricamente, atingido, ficasse mais turvo no ideário de seus membros tal diferenciação. Várias foram as vezes em que, explicando diretamente para mim seus males e perturbações, comparações com doenças “normais” (usando termos do próprio campo) surgiram: Lucicleide, secretária-geral do grupo e diagnosticada com bipolaridade, fazia questão de reafirmar que “é como uma gripe: você não é gripado, você está gripado”, mesma diferenciação apresentada acima. Tal afirmação ocorreu até quando ela estava em uma crise aguda e esteve acompanhada por um enfermeiro durante toda a reunião do Clube (enfermeiro esse que por diversas vezes empenhou tentativas de convencê-la a acompanhá-lo até o Pronto Socorro).

Na equipe médica propriamente dita, também encontramos as duas categorias, embora com um conflito menos evidente. O psiquiatra Fábio Aurélio Costa Leite afirma que “se tudo der certo, se o tratamento correr bem, é possível suspender a medicação quando o paciente estiver por volta dos 45, 50 anos, se for o caso”. Tal frase foi captada enquanto ele me explicava das possibilidades de uma “alta” do tratamento de uma pessoa que fora diagnosticada aos 20 anos de idade com Transtorno de Personalidade Limítrofe³⁵. A ideia defendida por Dr. Fábio é a de que há a possibilidade de amenizar as características

35 F60.3 no CID-10.

sintomáticas de doenças comportamentais, mas que toda doença mental é, por definição, crônica em último grau.

Já a psicanalista Crisélia Sanromán Barral Chaves é defensora da dicotomia entre “ser” doente e “estar” doente. Para ela, a doença mental é um estágio de adoecimento como qualquer outro, passível de cura através “da compreensão dos gatilhos inconscientes e reformulação comportamental”. Uma diferença de discurso entre ela e o Dr. Fábio é que, para ela, a medicação não é o ponto central do tratamento, sendo apenas um artifício paliativo que auxilia naquilo que realmente representa a possibilidade de cura de uma doença mental: a psicoterapia.

Em termos últimos, a ideia que aparece de forma mais recorrente é de uma invariável evolução do quadro adoecido para um quadro crônico, ideia essa especialmente influenciada pelas experiências cotidianas de reincidência vivenciada pelos atores envolvidos.

2.4.2 *Ressocialização como cura*

O que observamos durante os quase 10 meses de trabalho de campo foi que as bases da Reforma Psiquiátrica e das discussões dos movimentos antimanicomiais pavimentam o caminho que leva a tais conflitos de discurso. Como dissemos no tópico “*A doença mental como doença das relações*”, e como nos leva a crer a análise das discussões dos movimentos antimanicomiais e a bibliografia que trata da Reforma Psiquiátrica, o objetivo último dos novos sistemas de saúde mental é, ou deveria ser, a ressocialização e a desinstitucionalização do paciente diagnosticado³⁶. Em termos, o cenário ideal seria o não rompimento das relações sociais do indivíduo através da internação e da estigmatização do mesmo através do diagnóstico psiquiátrico.

Em tal conjectura, o objetivo da terapêutica psiquiátrica seria o de acertar as relações sociais de forma a, de alguma maneira, despatologizar o comportamento mapeado nas

36 Em alguns casos, como nas discussões de Thomas Szasz e David Cooper, expoentes do movimento conhecido como antipsiquiatria, a ideia se estende para uma extinção da categoria de doença mental.

interações interpessoais do paciente como comportamento adoecido. Tanto o é que hoje é cada vez mais difundido o discurso de que é imprescindível a adoção de metodologias da psicoterapia como complementares à medicação. Crisélia Chaves, psicanalista, diz que “a medicação te dá o chão, a análise o ajuda a andar”.

Outra evidência da importância do paradigma da ressocialização e da desinstitucionalização é o esforço institucional para a construção de uma terapêutica multidisciplinar. Os relatos das técnicas de enfermagem do HDIA dão conta de que a equipe profissional para o local deveria contar com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, embora no momento a equipe não conte com psicólogos e assistentes sociais. Entretanto, demonstra uma clara intenção oficial de um abarcamento de várias esferas da vida do paciente, de modo a cobrir de maneira mais eficiente as possibilidades de reformulação dos comportamentos patológicos.

Um exemplo de tal intenção institucional é a descrição obtida nas entrevistas das funções de alguns especialistas que formam (ou deveriam formar) a equipe. Valéria e Giza contam que há uma política de visitação das casas dos pacientes pelos assistentes sociais do HDIA. Quem solicita as visitas, quando solicita, são os pacientes. Também é previsto institucionalmente a possibilidade de um grupo terapêutico com os familiares dos pacientes, embora ele não estivesse ativo durante a pesquisa exatamente pela falta de psicólogos na equipe. Também tive a oportunidade de acompanhar uma palestra do nutricionista da equipe com o tema “Alimentação Saudável”, cuja função era fomentar a reflexão acerca de uma alimentação teoricamente mais saudável nos pacientes.

A ideia da multidisciplinaridade evoca uma ideia de reestruturar a estrutura comportamental do paciente e, possivelmente, sanar a falha comportamental que o levou a estar na condição adoecida e que resultou na intervenção psiquiátrica. Várias frentes são abertas nesse sentido, como vimos, e hoje a ideia de envolver as pessoas próximas do indivíduo diagnosticado com alguma perturbação no tratamento é extremamente difundida³⁷.

37 Nesse caso, não é uma inclusão na condição de expectador do tratamento, mas como objeto do mesmo, numa ideia de tratar as relações, e não exatamente os indivíduos.

Todos esses exemplos ajudam a reforçar a ideia de ressocialização como cura da doença mental, sendo as metodologias terapêuticas adaptadas no sentido de reorganizar as relações interpessoais do indivíduo diagnosticado. O tratamento deixa de ter o ideário de contenção de um sujeito fora de si, violento e de reações imponderáveis³⁸ para um tratamento cujo objetivo é tratar supostas disfunções sociais.

As próprias estruturas criadas para auxiliar a desospitalização e o não rompimento dos laços sociais do paciente enquanto se é tratado, como os CAPS³⁹ e o próprio HDIA, demonstram intenção de um foco nas relações sociais como objetos do tratamento. Romper as relações seria uma forma de agravar os sintomas por privar o paciente da possibilidade de reformular suas formas de interação social, sendo a internação reservada apenas para aqueles pacientes considerados crônicos, ou seja, desenganado em relação às possibilidades de cura.

Tal concepção ajuda a criar o conflito de discurso que vimos acima. A ideia de uma cronificação inevitável da doença mental, embora seja oficialmente refutada na maior parte das vezes (e a instituição da Reforma Psiquiátrica pressupõe que os agentes públicos de saúde mental defendam a possibilidade de ressocialização), é extremamente presente e reforçada pelas experiências de reincidência nas crises agudas que tanto pacientes quanto a equipe médica presenciam em seu cotidiano.

38 É importante pontuar que tal vertente ainda é comum, embora os paradigmas reformistas tenham ganhado terreno nos últimos anos.

39 Centro de Atenção Psicossocial, ou CAPS, têm como objetivo, de acordo com o portal de internet do Ministério da Saúde, oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Entre as funções do CAPS descritas no portal estão “prestar atendimento clínico de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos”, “acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território”, “promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais” e “promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”. Tais serviços, também de acordo com o portal, “devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico” – acessado em 14/01/2013.

CAPÍTULO III

3. Novas formas de sociabilidade envolvidas no processo diagnóstico: o Clube dos Amigos

No capítulo anterior, abordamos como o paradigma de desinstitucionalização - trazido ao cotidiano da instituição estudada pela reforma psiquiátrica e os movimentos antimanicomiais - foi reapropriado e ressignificado pelos atores envolvidos para que passasse a algo próximo de um sinônimo de cura da doença mental. Nesse capítulo, sob a luz do que foi tratado no anterior, trataremos das novas formas de sociabilidade pós-diagnóstico encontradas em campo, sejam de pacientes ainda em processo de tratamento, sejam de ex-pacientes que já tiveram alta concedida, mostrando como o processo de reestruturação das relações sociais se faz a partir do processo diagnóstico.

3.1 A “carreira moral”

Goffman, em *Manicômios, Prisões e Conventos* (1968), descreve o que seria a sequência de eventos que antecedem e sucedem o processo diagnóstico do indivíduo que adentra a instituição psiquiátrica. Tal sucessão de eventos é chamada pelo autor de “carreira moral”⁴⁰, e engloba a fase de pré-paciente e a fase de internado⁴¹.

40 Também em *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Goffman apresenta a descrição da carreira moral do indivíduo estigmatizado. Iremos nos aprofundar a respeito mais a frente

41 Apresentaremos a noção de carreira moral dentro da instituição desenhada por Goffman para ajudar a compreender as questões que estamos propondo no capítulo. Entretanto, não seria possível tomá-la integralmente como referencial teórico, pois analisaremos também casos encontrados em campo de pessoas que já não fazem mais uso dos serviços da instituição de tratamento, pessoas que nunca chegaram a fazer uso de tal instituição e pessoas que fazem ou fizeram uso de instituições de internação parcial, sendo que nenhum desses casos chegou a ser trabalhado pelo autor no texto em questão.

A fase de pré-paciente inicia-se com a percepção dos sintomas e a busca do sujeito por uma intervenção terapêutica de ordem psiquiátrica. Uma série de atores costumam estar envolvidos nesse processo, como a pessoa mais próxima do paciente (família, amigos), o responsável pela denúncia (pessoa geralmente também circunscrita nos ambientes familiares e de amizade) e os mediadores (médicos, policiais). Aqui, muitas vezes é vista a dificuldade da negociação sintomática descrita por Langdon⁴², com uma recusa por parte do paciente em aceitar o diagnóstico e inclusão de seus comportamentos no rol de descrição de uma possível doença mental, criando o que Goffman identifica como sentimento de traição/enganação em relação à pessoa mais próxima e ao denunciante.

Posteriormente nesta fase, Goffman aponta a construção histórica do caso, que seria uma reconstrução retrospectiva do caso, onde as experiências e relações são ressignificadas e medicalizadas, de modo que comportamentos desviantes tornam-se sintomas.

O início da fase de internado é marcado na descrição de Goffman por sentimentos de abandono e o paciente evita contatos e interações. Tal movimento é provocado por um desejo do paciente em não demonstrar ou não perceber através de interações interpessoais o que se tornou aos olhos dos outros.

Num segundo momento, o paciente passa por um processo que a equipe médica convencionou chamar de “aceitação”, quando abre mão (muitas vezes parcialmente) de seus esforços de reclusão. Nessa fase o paciente percebe-se “despojado de muitas de suas defesas, satisfações e afirmações usuais” e “sujeito a um conjunto relativamente completo de experiências de mortificação: restrição de movimento livre, vida comunitária, autoridade difusa de toda uma escala de pessoas, e assim por diante” (GOFFMAN, 1968, p. 127). Ao mesmo tempo, o paciente passa a enxergar restrições e privações como partes intencionais do processo de cura.

Num terceiro momento, o paciente passa a criar “histórias tristes” no intuito de legitimar seu status de pessoa não integral. Goffman nos diz:

42 Langdon, Jean E. *“Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica”* - Palestra oferecida na Conferência 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95.

“No hospital psiquiátrico, o ambiente e as regras da casa recordam ao paciente que é, afinal de contas, um caso de doença mental que sofreu algum tipo de colapso social no mundo externo, tendo fracassado de alguma forma global, e que aqui tem pequeno peso social, pois dificilmente é capaz de agir como pessoa integral. Tal como o faria qualquer membro normal de sua subcultura externa, o doente muitas vezes responde a essa situação tentando apresentar uma história triste, onde prova que não está ‘doente’, que o ‘pequeno problema’ que teve foi, na realidade, provocado por outra pessoa, que seu passado teve honra e retidão, e que, portanto, o hospital é injusto ao impor-lhe o status de doente mental” (GOFFMAN, 1968, p. 129-130).

Ainda de acordo com Goffman, “se os fatos do passado e do presente de uma pessoa são extremamente sombrios, o melhor que pode fazer é mostrar que não é responsável por aquilo que veio a ser” (GOFFMAN, 1968, p. 129). A equipe profissional se responsabiliza em negar tais histórias tristes, baseando-se em dossiês e relatórios detalhados sobre a trajetória do paciente até a instituição psiquiátrica, e fica clara a ideia, segundo Goffman, de que a aceitação de sua condição adoecida passa invariavelmente pela aceitação de que se é causa e consequência de tal doença.

“Quanto mais ‘médico’ e ‘progressista’ for um hospital - quanto mais tenta ser terapêutico e não apenas ‘depósito’ - mais precisa enfrentar a afirmação da alta administração de que seu passado foi um fracasso, que a causa disso está nele mesmo, que sua atitude diante da vida é errada, e que, se desejar ser 'uma pessoa, precisa mudar sua maneira de lidar com as pessoas e suas concepções de si mesmo. [...] No entanto, a apologia do paciente é exigida num ambiente único, pois poucos ambientes podem ser tão destrutivos das histórias sobre o eu, com a exceção, evidentemente, das já construídas de acordo com esquemas psiquiátricos. E essa destrutividade se apoia em mais do que a folha oficial de papel que afirma que o paciente tem uma mente doentia, é um perigo para si mesmo e para os outros - um atestado que, diga-se de passagem, parece atingir profundamente o orgulho do paciente, bem como a possibilidade de que possa sentir qualquer orgulho” (GOFFMAN, 1968, p. 128-131).

Chega, então, um momento de “fadiga moral”, quando o paciente aprende a viver sob condições de exposição iminente e com grandes flutuações de consideração (1968:139). Viver sob constante julgamento moral, com erros passados e presentes sempre associados à condição sintomática de um estado adoecido, ensina ao paciente que degradações e reconstruções do eu não devem ser muito consideradas, e que auto-imagens firmes e certas são difíceis de existir. Os processos de construção, destruição e reconstrução de interpretações de sua subjetividade tornam-se comuns e rápidos para o sujeito.

3.1.1 A carreira moral do estigmatizado

Goffman define estigma como “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (1975:7). Sobre a carreira moral do indivíduo estigmatizado, ele nos diz que existem duas fases iniciais: a primeira, quando o sujeito aprende e incorpora o ponto de vista dos “normais” em relação a quem possui um estigma, adquirindo as crenças da sociedade mais ampla sobre sua identidade e uma ideia geral sobre o que é possuir um estigma particular. A segunda consiste em absorver que possui tal estigma e as consequências de possuí-lo. A interação de tais fases ajudam a formar modelos categóricos que, segundo Goffman, estabelecem as bases para um desenvolvimento posterior de um sistema diferenciativo entre as carreiras morais disponíveis para esses sujeitos. Ele define quadro modelos.

O primeiro modelo diz respeito a indivíduos que possuem um estigma congênito e que são socializados desde a primeira infância inseridos na situação estigmatizante. Tal situação, exemplificada com o cenário de um sujeito órfão, internaliza no indivíduo os padrões definidos pela sociedade mais ampla ao mesmo tempo em que os mostra seu fracasso em cumprir tal padrão.

O segundo modelo acontece quando há a capacidade de a família ou a vizinhança local em construir o que Goffman chama de “cápsula protetora” em que a criança estigmatizada pode, desde o seu nascimento, desligada (ou ter pouco contato) da vivência social de seu

estigma. A proteção concedida pelo grupo próximo permite um controle de informações que filtra qualquer entrada de definições que diminuam o indivíduo enquanto dá amplo acesso a outras concepções da sociedade mais ampla que levam a criança a conseguir se considerar um ser humano qualificado e integral.

Nesse caso, Goffman aponta para o perigo para o indivíduo do enfrentamento posterior e praticamente inevitável entre o ambiente protegido das informações desintegrantes e a sociedade mais ampla, sendo que tal enfrentamento varia de acordo com a classe social na qual o indivíduo está inserido. Segundo o autor, a experiência de apresentação do indivíduo à sociedade mais ampla consiste no momento de tomada de conhecimento pelo sujeito de seu estigma. Ele também ressalta que quanto maiores as supostas desvantagens da criança, maior é a chance de que os círculos mais próximos do sujeito evitem inseri-lo num universo de “normais”, procurando integrá-la em ambientes de indivíduos iguais.

O terceiro modelo versa sobre indivíduos que são estigmatizados (ou tomam consciência de seu estigma) numa fase mais avançada da vida. No primeiro caso, Goffman diz que não ocorre uma ressignificação mais profunda e radical do passado do sujeito, enquanto segundo exemplo tal ressignificação é mais comum. Tais indivíduos, fortemente inseridos na sociedade mais ampla e com o conhecimento sobre os “normais” profundamente internalizado, costumam ter, segundo Goffman, problemas para identificar-se e facilidades de autocensura.

O quarto e último modelo proposto por Goffman consiste no exemplo do indivíduo que é socializado numa comunidade diferente da qual está atualmente inserido, comunidade essa estando dentro ou fora dos limites geográficos de sua inserção atual, e que deve aprender uma nova maneira de comportamento que se adeque à sua realidade social atual.

Outro ponto importante ressaltado por Goffman é o de que o indivíduo que adquire em uma fase mais avançada da vida o ego estigmatizado e que tem dificuldades para estabelecer novas relações costuma também estender aos poucos tais dificuldades às relações antigas.

“As pessoas com as quais ele passou a se relacionar depois do estigma podem vê-lo simplesmente como uma pessoa que tem um defeito; as amizades anteriores, à medida que estão ligadas a uma concepção do que ele foi, podem não conseguir tratá-lo, nem com um tato formal nem com uma aceitação familiar total.” (GOFFMAN, 1975, p. 45).

O que há em comum entre os modelos, portanto, é o difícil diálogo estabelecido pelo estigma entre o que o indivíduo é e o que deveria ser, trazido à tona pelos tipos de relações mantidas entre o sujeito e a sociedade mais ampla de “normais”. As relações, “doentes”, como vimos no capítulo anterior, passam a ser repensadas e reorganizadas no novo padrão de sociabilidade disponível para o indivíduo estigmatizado. São essas nuances ocorridas nos padrões relacionais do paciente diagnosticado com algum transtorno mental que abordaremos a seguir.

3.2 O marco de ruptura: diagnóstico e medicalização das relações

O processo diagnóstico para o paciente mental, como vimos, promove uma reelaboração muito profunda da visão do indivíduo e das pessoas mais próximas acerca de seu estar no mundo e de seu modo de se relacionar. O que antes era visto como um comportamento incômodo, mas aceitável, passa a ser para o sujeito diagnosticado um signo de sua doença, e cessá-lo ou reformá-lo passa a ser seu objetivo terapêutico.

Mais indicativo ainda sobre o peso do diagnóstico é a constatação de que o comportamento desviante que foi patologizado no momento da avaliação diagnóstica do psiquiatra ainda é “permitido” a pessoas próximas. Em alguns relatos coletados em campo, notamos que familiares próximos ou amigos tinham a chancela social para realizar ações que ao sujeito diagnosticado, exatamente a partir do marco do diagnóstico, passavam a ser expressamente proibidas. Houve casos em que gritar em uma discussão mais acalorada era um claro sintoma de que o tratamento não ia bem e que novas medidas se tornaram necessárias,

enquanto aos familiares ou amigos tal comportamento ainda era socialmente aceitável como um episódio inofensivo de descontrole.

Alguns outros exemplos nos ajudam a elucidar a ideia de que o diagnóstico se configura na pedra angular do processo de reelaboração das relações do indivíduo. Pessoas cujo diagnóstico não tem relação alguma com o consumo de álcool, por exemplo, e antes eram chamadas nos fins de semana para eventos sociais em bares ou em locais onde haveria bebida alcóolica, relatam que tais convites ou cessaram por completo, ou fizeram as pessoas próximas se tornarem extremamente reticentes a fazê-los após o diagnóstico. Num outro relato, um paciente afirma que após o diagnóstico de um transtorno de humor⁴³, suas demonstrações emocionais passaram a ser minunciosamente calculadas.

“Eu não podia estar alegre, estar triste ou estar com raiva tranquilamente. Se eu estivesse feliz, acordasse num dia bom, estava maníaca. Se eu chorasse ou ficasse triste, mesmo com motivo, estava depressiva. Eu tinha que ser uma porta.”.

O paciente mental nos casos estudados, internado ou não, é diferenciado então pelo primeiro processo diagnóstico⁴⁴. O momento do estabelecimento da doença não se dava exatamente na percepção sintomática ou na verificação biológica de um estado adoecido, mas sim no momento de legitimação da autoridade médica capaz de “estabelecer um CID”. Antes de um psiquiatra dar peso médico ao comportamento, ele é apenas um incômodo, na maior parte das vezes permitido a todos os indivíduos que integram os círculos sociais mais

43 “Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração de humor ou de afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação” – do CID-10, disponível no endereço: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm

44 Presenciamos alguns casos de “reincidências”. Nesses casos específicos, é comum a reavaliação diagnóstica do paciente, em especial no caso de doenças comportamentais. Diagnósticos de arcabouços sintomáticos parecidos, como o Transtorno Afetivo Bipolar, Depressão, Mania, Transtorno Afetivo Borderline, Transtorno de Personalidade Limítrofe e vários outros transtornos de humor são constantemente casos de erros diagnósticos. Não nos pareceu, entretanto, que o erro diagnóstico seja uma questão tão sensível nos ambientes de tratamento de saúde mental quanto o é em outras áreas da medicina, quando um erro diagnóstico é usualmente considerado uma falta grave das autoridades médicas.

próximos do sujeito do tratamento⁴⁵, indivíduos esses que, supostamente, sabem “dosar de maneira saudável” tais comportamentos.

Sendo assim, tomando por base as premissas que estabelecemos anteriormente de que a doença comportamental é uma doença de relações e de que a doença só se constitui como tal (e só é percebida socialmente como tal) a partir de uma legitimação psiquiátrica, temos em mãos o momento em que o sujeito, agora paciente, promove a reflexão e reavaliação de seu status relacional, e, em consequência, a reavaliação de suas relações como um todo. Nesse caso, ao contrário do que nos diz Goffman, não é exatamente no ato de internação que se dão as mudanças relacionais do paciente, e sim no ambiente de um consultório psiquiátrico que, culminando ou não na internação, é capaz de dizer ao sujeito que suas formas de interação interpessoal estão erradas e devem ser corrigidas.

3.3 Novas sociabilidades: (re)construir relações num mundo patologizado

Passado o processo diagnóstico, o sujeito está agora entregue a uma série de símbolos a serem interpretados, absorvidos e integrados em sua vida, seja em experiências passadas, numa reavaliação de sua história pessoal, seja nas experiências presentes e futuras. Para as pessoas mais próximas, o agora paciente já é o que Goffman chama de desacreditado⁴⁶, e essas relações, “contaminadas” pelo diagnóstico, são as primeiras a serem reformuladas.

45 Há casos mais agudos em que o processo diagnóstico se relaciona mais com tabus estruturais da sociedade mais ampla do que com comportamentos incômodos, como nos casos de tentativa de suicídio. Nesse caso, a loucura diagnosticada tem mais a ver com a ideia de que só uma pessoa desprovida de razão teria coragem ou motivos para atacar a “santidade da vida”. Nesses casos, o comportamento patologizado não é permitido a ninguém: a recusa da vida costuma ser patológica na maior parte das situações.

46 Goffman (1975) divide o mapeamento das expectativas sociais em duas categorias: a *identidade social virtual* e a *identidade social real*. A primeira se refere ao que esperamos do sujeito por seu retrospecto em potencial, e a segunda se refere àquilo que o indivíduo efetivamente prova possuir. A discrepância entre a primeira e a segunda provoca uma segunda divisão categórica entre o desacreditado e o desacreditável. O desacreditado é o sujeito que “assume [...] que a sua característica distintiva já é conhecida ou imediatamente evidente” e o desacreditável consiste no sujeito cuja característica não é visualmente óbvia ou cujos indivíduos circundantes não a conhecem (1975:14).

Em primeiro lugar, o arcabouço sintomático apresentado ao paciente pelo diagnóstico permite que ele reformule uma série de explicações para erros passados. Muitas vezes ocorre a tentativa de “salvação” de relações deterioradas por tais erros, fazendo com que o sujeito explique suas faltas através da linguagem sintomática. Se o que causou a deterioração da relação em questão foram uma ou várias falhas comportamentais, e tais falhas são frutos de uma condição adoecida, logo a falha se torna consequência da doença na lógica do paciente.

Os casos de isolamento social e o sentimento de abandono também se mostraram comum no campo pesquisado. O sujeito diagnosticado na condição de desacreditado pode evitar o contato com pessoas que façam parte de seu passado agora adoecido, seja por vergonha, medo, ou por considerar-se indigno da relação por suas falhas passadas e seu presente adoecido. O discurso, frequentemente presente em ambientes medicalizados, que advoga que muitas vezes o paciente é “um perigo para si mesmo e para os outros” é por vezes utilizado para justificar o seu afastamento.

Ainda nos círculos mais próximos do sujeito diagnosticado, as relações familiares são profundamente repensadas. Nos foi raro encontrar pessoas que tivessem rompido completamente a relação com familiares mais próximos⁴⁷, sendo o afastamento de familiares mais distantes⁴⁸ mais comum. No círculo familiar de interação direta, vários fatores recém introduzidos devem ser trabalhados: medicação, privacidade, liberdades pessoais, entre outros.

No caso da medicação, foi frequente encontrar pacientes que não tinham acesso direto a seus remédios, especialmente em casos onde ocorreu uma tentativa de suicídio ou cujo

47 Para ser mais específico, houve um caso relatado onde a paciente, uma vez diagnosticada, foi expulsa de casa por sua mãe. Nesse caso, durante o processo diagnóstico, ela havia sido abusada e engravidada por seu padrasto, e a mãe, com ciúmes, a expulsou de casa. Portanto, apesar de ocorrer nos círculos familiares próximos a experiência mais intensa da perturbação mental, não poderíamos dizer que o diagnóstico rompa de maneira frequente as relações intrafamiliares da maneira como são rompidas as relações que, embora próximas, sejam de outra esfera, como as amizades.

48 Aqui não nos referimos à classificação usual de distância familiar, como tios e primos sendo parentes mais distantes e pais, mães, filhos e irmãos sendo parentes mais próximos. O critério de distância utilizado é o de distância de convivência, sendo familiares próximos aqueles que interagem face a face com maior frequência (podendo ser tios, avós e primos) e familiares mais distantes para aqueles cuja frequência de interação é menor (podendo ser pais, mães, filhos e irmãos).

diagnóstico prevê em seu arcabouço sintomático a tendência suicida. Há casos onde a medicação do sujeito é sua responsabilidade, e em campo tais casos geralmente correspondiam a pacientes com um longo período de tratamento. Nos casos cujo tratamento é mais recente, quando o diagnóstico se refere a alguma condição que apresenta como sintoma o que se chama de “descolamento da realidade” ou quando os fatores agravantes citados acima são observados, geralmente alguma pessoa próxima do indivíduo fica responsável por observar a posologia da medicação indicada.

Em termos de privacidade e liberdades pessoais, também foi comum notar que uma série de restrições são estabelecidas aos sujeitos diagnosticados. Pacientes com histórico de suicídio geralmente ficam proibidos de trancarem portas, sejam essas portas as do banheiro ou do quarto. Pacientes com algum histórico de abuso de drogas geralmente ficam impedidos de saírem sozinhos, tendo sempre que ser acompanhados por alguém⁴⁹ que evite que o indivíduo compareça a algum ponto onde o consumo seja facilitado, como bares e pontos de venda de entorpecentes.

Em outros círculos, como no trabalho ou nas ocupações educacionais, a condição de desacreditável promove uma tensão constante no sujeito, e o que Goffman chama de controle de informação se faz presente de maneira intensa. Há um esforço muito grande por parte do indivíduo em selecionar as informações a serem publicizadas em meios onde ele ainda não se tornou desacreditado, e muitas vezes tal receio é legitimado pela possibilidade da perda do emprego.

Num dos casos, um paciente diagnosticado com esquizofrenia relata que embora estivesse há meses sem apresentar sintomas ou ter crises, foi despedido de seu emprego de empacotador em um supermercado quando seu chefe soube do diagnóstico. Outra paciente, nesse caso reincidente, afirma que procurou o Hospital Dia, pois estava “sentindo a crise chegando” e, como havia conseguido um emprego no Ministério da Justiça e não queria

49 Nesse caso, a restrição de locomoção não se refere somente a sujeitos com histórico de abuso de drogas. Em estudo realizado na Clínica Dia Anankê em 2010, constatamos que todos os pacientes em tratamento na clínica deveriam ser acompanhados na chegada e na saída por um responsável. Entretanto, não conseguimos mapear se tal restrição se dava somente quando da entrada e saída da clínica, ou se os pacientes, inseridos em outras situações, também necessitavam de acompanhamento.

perdê-lo, procurou tratamento por si só, utilizando-se de uma licença de motivação genérica por “motivos de saúde”:

“Já que logo iam me internar, decidi vir sozinha dessa vez. Eu não quero perder meu emprego”.

Em ambientes escolares, encontramos outro cenário digno de nota. Em um dos casos, conhecemos uma paciente cujo sonho era cursar Filosofia na Universidade de Brasília, chegando a se matricular em um curso pré-vestibular comunitário oferecido pela Casa Brasil, em Ceilândia, DF. Lá também chegou a frequentar um curso técnico em fotografia. As duas iniciativas, no entanto, foram abortadas por ocorrências de crises agudas e decorrentes interações. Posteriormente, ela diz que agora tem medo de tentar fazer novamente um curso preparatório para o vestibular da UnB, pois após o diagnóstico ela passou a consumir um medicamento que “emburrece”, o Rupinol. Segundo ela, sua própria psiquiatra havia lhe dito que o medicamento “emburrecia” e que, se ela quisesse realmente tentar uma vaga na UnB, teriam que trocar a medicação.

Portanto, a sensação apreendida durante as conversas realizadas em campo é a de que o mundo pós-diagnóstico é socialmente hostil ao novo paciente. Suas relações antigas precisam ser obrigatoriamente reestruturadas não só pela introdução de novos elementos dignos de atenção nessas interações, mas também porque uma vez introduzido o poder do diagnóstico, o desaparecimento dele, ou a cura, está diretamente relacionado à capacidade do indivíduo de manter os “sintomas” despercebidos de seu círculo interacional, seja através de controle de informação, seja através de uma real reestruturação de seus comportamentos patologizados cuja percepção está quase sempre circunscrita no âmbito dessas relações.

Nos ambientes formados por pessoas mais distantes do indivíduo, o que pudemos notar é que geralmente existe um receio em tornar pública sua condição adoecida por diversos motivos citados anteriormente. O estigma e a possibilidade de perdas sociais consideráveis

mantém o indivíduo diagnosticado em constante estado de tensão em relação às informações compartilhadas sobre sua trajetória pessoal.

Entretanto, também fica evidente que relações constituídas após o diagnóstico e nas quais a questão da doença é explicitada posteriormente costumam ser menos afetadas por ele do que as relações que presenciaram todo o processo de categorização da doença mental. Geralmente, a não ser que uma nova crise ocorra, o processo diagnóstico passa a ser aos olhos dos recém integrados na vida do paciente apenas uma história triste, embora ele permaneça na condição de desacreditado. Todavia, tal condição não parece ter o mesmo peso que nas relações que presenciaram todo o processo anterior: a pessoa recém inclusa mantém um ponto de interrogação sobre a relação, e pode vir a associar comportamentos “não normais” ao diagnóstico, mas esse tipo de acontecimento não ocorre com a mesma frequência e a mesma intensidade como nas relações mais próximas que presenciaram os eventos anteriores.

Outra impressão é a de que quando se trata de agrupamento entre iguais, como Goffman trata (1975:27), aparentemente existem duas vias possíveis: a primeira consiste em o paciente, no afã de buscar o status de “normalidade”, recuse qualquer associação com aqueles cujos defeitos lhe desintegralizem como sujeito e busque uma aceitação contínua da sociedade mais ampla. A segunda diz respeito a sujeitos que abraçam sua condição não no intuito de não superá-la, mas com o objetivo de trazer reconhecimento político e social para pessoas afetadas com transtornos semelhantes. A não negação da condição adoecida passa a configurar um instrumento empoderador do sujeito e do grupo onde ele está inserido, como veremos a seguir na abordagem do Clube dos Amigos.

3.4 O Clube dos Amigos

O Clube dos Amigos é um grupo de ex-pacientes do Hospital São Vicente de Paulo cujo surgimento, no ano de 2006, se deu a partir da iniciativa de uma das assistentes sociais da equipe médica que tinha a intenção de criar um grupo terapêutico para aqueles que não estavam mais formalmente vinculados ao HSVP. Em 2009, no entanto, José Alves, um dos

ex-pacientes integrantes do grupo, propõe a mudança de seu propósito, passando de um ambiente de terapia em grupo para uma espécie de associação política de classe que representaria os pacientes e ex-pacientes do HSVP. Há, então, uma votação, e José Alves é eleito o presidente do Clube, com o mandato renovado por duas vezes até nosso encontro em 2011.

Sua existência vai se tornando cada vez mais política no decorrer de sua existência. Durante as eleições de 2010 desempenham importante papel ao pautar junto a candidatos a deputado distrital e federal o tema da saúde mental. Passam, então, a ter diálogo constante com parlamentares eleitos, como Rejane Pitanga (PT), Paulo Tadeu (PT), Érika Kokay (PT), Benedito Domingos (PP), Romário (PSB) além de integrantes do poder executivo, como o próprio Paulo Tadeu, então alocado na Secretaria de Governo do Governo do Distrito Federal, e Marco Antônio Campanella, diretor do DFTrans. Em nível mais local, mantêm diálogo simétrico com a direção do HSVP, tendo José Alves e os membros da diretoria trânsito fácil com a equipe dirigente, tendo, inclusive, cadeira no Conselho Diretor do hospital.

A militância do Clube se dá em diversas esferas, sendo a maior parte constituída em pautas políticas de empoderamento do usuário de serviços de saúde mental. Entre essas pautas, há o movimento pela modificação da nomenclatura “doença mental” para “transtorno mental”⁵⁰, modificação essa que, segundo os membros do Clube, é fundamental para retirar a carga negativa da categoria. Há também a luta por conquista de espaços destinados a atividades laborais de orientação terapêutica, com o ganho de salas no Instituto de Saúde Mental (ISM) em Samambaia para empreender produção de objetos artesanais e, posteriormente, o ganho de um espaço na Feira da Torre para o comércio desses produtos, além de projetos dentro do próprio HSVP, como a Cantina inaugurada no hospital onde os ex-pacientes produzem os quitutes a serem comercializados e trabalham como atendentes.

50 “Uma tarefa característica desses representantes é convencer o público a usar um rótulo social mais flexível à categoria em questão: ‘Atuando segundo essa crença, o corpo de membros da Liga (Liga Nova-Iorquina para as pessoas com Dificuldades de Audição) concordou em só usar certo,s termos, como pessoa com dificuldades de audição, com audição reduzida ou com perda de audição, e em eliminar a palavra surdo de suas conversas, correspondências e outros escritos, de seu trabalho de ensino e de seus discursos em público. O procedimento deu resultado. A cidade de Nova York em geral começou gradualmente a usar o novo vocabulário [...]’” (GOFFMAN, 1975, p. 33-34)

Outras reivindicações chamam a atenção, como a que me foi confidenciada por José Alves e que estava em processo de elaboração: segundo ele, o Clube preparava uma proposta de lei que garantisse a pacientes diagnosticados com algum tipo de transtorno mental o mesmo direito de reserva de vagas garantido a deficientes físicos em concursos públicos. Também dizia que a intenção era postular espaço também em setores privados, como o espaço destinado a deficientes mentais congênitos.

Pautas mais práticas e instrumentais também se faziam presente. O Clube ficava responsável, por exemplo, pela sistematização dos nomes de pacientes e ex-pacientes dispostos a pleitear um terreno junto à Terracap. Além disso, diante das reclamações⁵¹ recorrentes dos membros do Clube sobre o tratamento a eles concedido por motoristas e cobradores de ônibus, uma reunião é agendada com o diretor do DFTrans, reunião na qual estive presente. A resposta dada pelo DFTrans é que se denuncie qualquer tratamento incondizente com a política da autarquia. Dessa reunião também sai o encaminhamento do Clube para realizar um abaixo-assinado com o objetivo de aumentar o número de passes concedidos a cada paciente.

Outro exemplo da atuação do Clube verifica-se no caso da promotora Deborah Guerner. Em 2011, acusada por Durval Barbosa, operador do chamado “mensalão do DEM”, de receber propina para proteger e repassar informações privilegiadas ao governador do Distrito Federal, José Roberto Arruda (DEM), Deborah Guerner e seu marido tiveram a prisão decretada. Durante as investigações, Deborah alegou possuir Transtorno Afetivo Bipolar na tentativa de explicar suas motivações para as condutas ilícitas perpetradas por ela. Posteriormente, o Ministério Público declarou que Deborah simulou a suposta insanidade, tendo inclusive pago a um psiquiatra do estado de São Paulo para referendar o diagnóstico.

51 As reclamações mais frequentes eram as de que os motoristas, sabendo que as pessoas estão se encaminhando para o HSVP ou para algum CAPS, e sabendo sobre seu diagnóstico, passam direto pelo ponto de ônibus, além de promoverem humilhações e constrangimentos públicos, dizendo que os pacientes são “vagabundos”, que a doença é “lorota” e “frescura” e insinuando que eles se aproveitam de seu diagnóstico para obtenção de vantagens. Além disso, o número de passes diários concedidos foi considerado insuficiente, pois muitas vezes o paciente necessita de acompanhamento até o hospital e acaba por ter que pagar duas passagens: uma para si mesmo e outra para seu acompanhante.

A ideia de uma pessoa que insinue que a condição bipolar (ou a condição de uma pessoa diagnosticada com um transtorno mental de qualquer ordem) é uma condição que motiva uma conduta criminoso revoltou os membros do Clube. Para José Alves, Deborah mancha a reputação dos “amigos bipolares” ao insinuar que a conduta criminal é uma conduta padrão de quem tem o diagnóstico. Também o psiquiatra é alvo de duras críticas por parte dos membros do Clube. Uma carta de repúdio foi redigida e remetida a diversos órgãos de comunicação, e o Clube assumiu à época posição de destaque como voz ativa na defesa dos direitos dos indivíduos diagnosticados com algum tipo de transtorno mental.

Em uma escala mais circunscrita ao ambiente do HSVP, José Alves e o Clube dos Amigos também têm uma atuação ativa. Um dos orgulhos de José Alves é afirmar que ele pode ser recebido junto à direção do HSVP em qualquer momento. Uma das reivindicações do Clube é a extinção do uso de uniformes por parte dos internos. Essa reivindicação é apoiada pelo então diretor geral do HSVP que, no entanto, diz não depender só da direção do hospital o empreendimento de tal mudança.

Mesmo tendo grande vínculo com o hospital e com o ambiente físico do mesmo, realizando suas reuniões no espaço do HSVP, José Alves também conta que um de seus objetivos é retirar as reuniões do galpão do hospital. Segundo ele, “quem entra aqui [no hospital] é visto como doente, e nós não estamos mais”, mesmo tendo dito que se trata continuamente há 11 anos e que “se sentir bem não significa que você ficou bom”.

Esse conflito entre reivindicação de direitos e reconhecimento para uma categoria de pessoas cuja condição dá origem a uma profunda afinidade por ser compartilhada e a negação da condição que gera essa afinidade é extremamente comum. Portar um diagnóstico parece criar dois sentimentos conflitantes e complementares ao mesmo tempo: primeiro, o sentimento de que é preciso aceitar a condição adoecida num grau mínimo que seja capaz de fazer o sujeito se comprometer com o tratamento e atingir o status de normalidade o mais rápido possível. O indivíduo nega a condição adoecida na maior parte de suas interações sociais, pois o objetivo é não ter contato com sentimentos desintegralizantes, uma vez que ele compartilha das projeções negativas da sociedade mais ampla a respeito de sua condição. A aceitação torna-se então apenas instrumento de superação da condição.

O segundo sentimento seria o de encampar a condição adoecida no intuito de modificar as interpretações correntes sobre ela, fazendo com que interpretações que vêm no sujeito diagnosticado com algum tipo de transtorno um ser humano incompleto se modifiquem e concedam-lhe o status de integralidade. O sujeito, então, passa a assumir completamente sua condição e empreende tentativas de mostrar-se como alguém digno de valor e reconhecimento apesar de sua condição. Como dissemos anteriormente, esse sentimento não impede que o indivíduo tenha como objetivo a superação dessa condição através do tratamento psiquiátrico, mas sim a absorção da ideia de que, apesar de precisar de tais intervenções de ordem psiquiátrica, é um sujeito completo e, porque não, “normal”.

O ponto de congruência dos dois sentimentos torna-se então a ideia de normalidade. Seja através da aceitação do diagnóstico apenas como instrumento de superação do transtorno mental, seja através da não negação da condição em nenhuma esfera com a finalidade de provar que tal condição não amputa seu estado de ser humano integral, o objetivo final parece ser atingir a condição de sujeito completo e não estigmatizado perante a sociedade mais ampla.

Considerações Finais

Apresentados os dados e reflexões suscitados em campo e interagindo tais experiências de pesquisa com a bibliografia disponível, acabamos por suscitar mais questões do que respostas. Antes, parece ter ficado claro que apesar de o campo dos saberes psiquiátricos estarem atrelados no imaginário social aos saberes das ciências médicas, tal processo não pareceu consolidado. Diversas terminologias e pontos de discussão teoricamente irreduzíveis da medicina ocidental encontram problemas para se adaptar aos estudos de perturbações mentais, como a questão da cronicidade, da cura e do próprio conceito de doença mental.

Nesses termos, a atuação de movimentos antimanicomiais parece ser peça chave da elaboração de tais conflitos de significado. O questionamento do saber psiquiátrico como saber exato e sua institucionalização através da Reforma Psiquiátrica trouxeram para o ambiente do hospital psiquiátrico reflexões que parecem possibilitar uma reformulação de conceitos antes tidos como sólidos para a psiquiatria em sua incursão no campo dos saberes médicos. A ideia colocada pelos movimentos antimanicomiais de uma reforma psiquiátrica como questionamento das próprias bases fundantes da psiquiatria parece fazer com que o campo estudado esteja em um momento de profunda e constante reformulação do que é e do

que virá a ser. Tudo parece ser fluido e pouco definido, com conceituações antigas convivendo com novas, causando conflitos de discurso e iniciativas de uma possível mescla de tais saberes, pelo menos por hora.

Por outro lado, não é possível saber exatamente como, quando ou se acontecerá uma cessão dessa fluidez. Serão a psiquiatria e as disciplinas afins eficazes em transportar e consolidar as categorias das outras áreas da medicina ocidental para o campo das doenças e perturbações mentais? Caso a resposta venha a ser negativa, poderiam a psiquiatria e as disciplinas afins conformarem-se com o status de detentores de um conhecimento inexato e cuja função seria ministrar cuidados paliativos para pacientes que invariavelmente serão dominados pelo estado de perturbação mental? Poderíamos vislumbrar um futuro onde a psiquiatria (e psiquiatras) se ateriam ao papel de “especialistas em acertar relações sociais” sem o peso que a legitimidade do saber médico lhe concede? Estaria a reforma dos saberes psiquiátricos criando um cenário onde as terapêuticas psiquiátricas se posicionem apenas como instrumento de reparação de relações, sem qualquer vinculação com a ideia de uma condição clínica biologicamente verificável, ideia tão cara aos saberes médicos? Estaria a própria conceituação de doença da mente em cheque?

São questões que não nos foram possível responder e que ficam de lastro para uma próxima experiência de campo. O que pudemos responder é que a solidez exteriormente apresentada pela psiquiatria e legitimada por diversos instrumentos institucionais, inclusive o hospital pesquisado, é comparada a de um castelo de areia quando vista de dentro. Tudo e nada começam a se tornar objetos da psiquiatria e alvos de suas discussões. Como pontua Caixeta (2012), o continente da loucura torna-se então uma panaceia.

Referências bibliográficas

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. *Narrativas de Reforma Psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal* – Dissertação de mestrado em Sociologia, 204f. – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

AMARANTE, Paulo “*O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*”. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996

BRASIL. Lei n.10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

CAIXETA, Izabela Amaral. “*Entre a criminalização da Loucura e a psiquiatrização do Crime: As trajetórias da Medida de Segurança no Distrito Federal*” Monografia submetida ao curso de Ciências Sociais da Universidade de Brasília para a obtenção do grau de Bacharel em Sociologia. 109 f. Brasília, 2012

CARRARA, Sergio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde e Sociedade)

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; FILHO, Naomar de Almeida. *Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem* – Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9(1): 13-36, 1999

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. *Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis* - Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

FABRÍCIO, André Luiz da Conceição. *A assistência psiquiátrica no contexto das políticas públicas de saúde (1930-1945)* - Dissertação de mestrado apresentada ao Curso do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 139 páginas – Rio de Janeiro, 2009.

FILHO, Naomar de Almeida; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. *O conceito de saúde mental* - REVISTA USP, São Paulo, n.43, p. 100-125, setembro/novembro 1999.

FOUCAULT, Michel. “*História da Loucura na idade clássica*”. São Paulo, Editora Perspectiva, 8ª ed. 2009.

_____. “*Doença Mental e Psicologia*”, Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975.

_____. “*Microfísica do Poder*”. Editora Graal, 9 Edição, 2008.

GOFFMAN, Irving. “*Manicômios, Prisões e Conventos*”. Editora Perspectiva, São Paulo, 1961.

_____. “*Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*”. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

GONÇALVES, Amadeu Matos. *A doença mental e a cura: um olhar antropológico* – Escola Superior de Enfermagem de Viseu

GUERRA, João. *Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crônica da SPMI*

LANGDON, E. Jean. *A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica*

LIMA, Jorgina Tomaceli de Sousa. *O início da assistência à loucura no Brasil*

LIMA, Maria Cristina P.; BOTEAGA, Neury José. *Hospital - dia: para quem e para quê?* - Revista Brasileira de Psiquiatria 2001;23(4):195-9

OLIVEIRA, Priscilla Menezes de. “*É caso para o GIPSI?*”: *uma etnografia em saúde mental* – Dissertação de Graduação para conclusão do curso de Antropologia na Universidade de Brasília – 62 páginas - Brasília, 2011.

RIBAS, Valdenilson Ribeiro; et al. *Uma breve história da reforma psiquiátrica* - NEUROBIOLOGIA, 72 (1) jan./mar., 2009

RUSSO, Jane. *Júlio Porto-Carrero: a psicanálise como instrumento civilizador* in *Psicologização no Brasil: atores e autores*, DUARTE, Luiz F. D. Duarte; RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. (orgs.), Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p. 127-149, 2005

SZASZ, Thomas “*Mito da doença mental: Fundamentos de uma teoria da conduta pessoal(o)*”. Circulo do Livro S.A, São Paulo, 1974.

_____. “*Ideologia e doença mental: Ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem*”. Zahar Editores, Rio de Janeiro. Universidade de São Paulo, 1982.

_____. “*Fabricação da loucura: Um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*”. Editora Guanabara, Rio de Janeiro, 1984.

SEIXAS, André A. Anderson; MOTA, André; ZILBREMAN, Monica L. *A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico*, Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2009;31(1):82

SILVEIRA, Liane Maria Braga da. *A Dinâmica do Hospital-Dia no Atendimento aos Portadores do HIV/aids: a experiência do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas /Fiocruz* - Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VENANCIO, Ana Teresa A. “*A Colônia Juliano Moreira na década de 1940: política assistencial, exclusão e vida social*”. Disponível no site: http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/MR_34c.pdf

VIEIRA, Sarita Brazão. “*A necessidade de contextualização cultural das práticas psi: considerações preliminares*” Estudos de Psicologia 1998, 3(2), 295-306, Universidade Federal da Paraíba